



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2013

act-info Jahresbericht 2012. Suchtberatung und Suchtbehandlung in der Schweiz : Ergebnisse des Monitoringsystems

Maffli, E ; Delgrande Jordan, M ; Schaaf, Susanne ; Dickson-Spillmann, Maria ; Künzi, Urs

Other titles: Rapport annuel act-info 2012. Prise en charge et traitement des dépendances en Suisse.
Résultats du système de monitoring

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-91454>

Published Research Report

Published Version

Originally published at:

Maffli, E; Delgrande Jordan, M; Schaaf, Susanne; Dickson-Spillmann, Maria; Künzi, Urs (2013). act-info Jahresbericht 2012. Suchtberatung und Suchtbehandlung in der Schweiz : Ergebnisse des Monitoringsystems. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

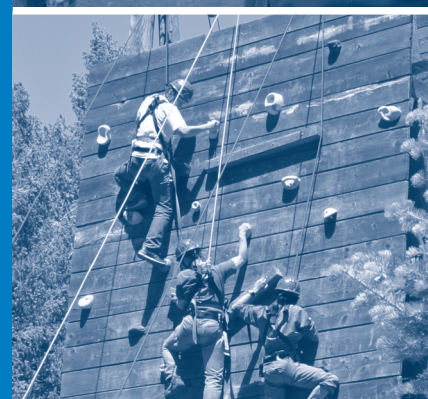
Rapport annuel *act-info* 2012

Prise en charge et traitement des dépendances en Suisse
Résultats du système de monitoring



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP



Prise en charge et traitement des dépendances en Suisse

Table des matières

1	Introduction	3
1.1	Importance des systèmes de monitoring dans le domaine de l'aide aux personnes dépendantes	3
1.2	Le système de monitoring act-info	4
1.2.1	Objectif d'act-info	4
1.2.2	Les instruments act-info	5
1.2.3	Exploitations de routine et diffusion des résultats	7
1.3	Statistiques sectorielles participantes: situation 2012	8
1.4	Autres domaines de l'aide aux personnes dépendantes	9
1.5	Saisie des données	10
1.6	Protection des données	12
2	Client·es et clients des secteurs ambulatoire et résidentiel en 2012	13
2.1	Aspects méthodologiques	13
2.1.1	Degré de couverture	13
2.1.2	Données manquantes	15
2.1.3	Unité d'analyse et données utilisées	15
2.1.4	Sous-groupes (variables indépendantes)	17
2.1.5	Variables cibles (variables dépendantes)	18
2.1.6	Procédures d'analyse	18
2.2	Résultats	18
2.2.1	Données disponibles: admissions enregistrées et problème principal	18
2.2.2	Répartition hommes/femmes selon le problème principal au moment de l'admission	20
2.2.3	Âge moyen des client·e·s au moment de l'admission	20
2.2.4	Initiative du premier traitement	21
2.2.5	Âge moyen au moment de la première consommation	21
2.2.6	Consommation quotidienne avant l'admission	22
2.2.7	Autres problèmes addictifs au moment de l'admission	23
2.2.8	Consommation par injection avant l'admission	27
2.2.9	Données disponibles: sorties enregistrées et problème principal	29
2.3	Tableaux	30
Tableau 1	Problème principal, selon le sexe (admissions 2012)	30
Tableau 2	Répartition des hommes et des femmes à l'admission, selon le problème principal (2012)	30
Tableau 3	Distribution des âges à l'admission, selon le problème principal (2012)	31
Tableau 4	Âge à l'admission, selon le problème principal (2012)	33
Tableau 5	État civil à l'admission, selon le problème principal (2012)	34
Tableau 6	Nationalité à l'admission, selon le problème principal (2012)	35
Tableau 7	Degré d'urbanisation du lieu de domicile à l'admission, selon le problème principal (2012)	36
Tableau 8	Situation de domicile à l'admission, selon le problème principal (2012)	37
Tableau 9	Plus haute formation achevée à l'admission, selon le problème principal (2012)	38
Tableau 10	Source de revenu principale à l'admission, selon le problème principal (2012)	39
Tableau 11	Taux d'activité à l'admission, selon le problème principal (2012)	41
Tableau 12	Traitements/prises en charge avant l'admission, selon le problème principal (2012)	43
Tableau 13	Type de prises en charge avant l'admission, selon le problème principal (2012)	44

Table des matières

Tableau 14	Principale instance d'envoi, selon le problème principal (admissions 2012)	46
Tableau 15	Fréquence de consommation avant l'admission, selon le problème principal (2012)	48
Tableau 16	Âge lors de la première consommation de la principale substance posant problème (admissions 2012)	49
Tableau 17	Âge au début de la consommation régulière de la principale substance posant problème (admissions 2012)	50
Tableau 18	Âge au début de la consommation problématique de la principale substance posant problème (admissions 2012)	51
Tableau 19	Autres problèmes addictifs à l'admission, selon le problème principal (2012)	52
Tableau 20	Injection de drogues illégales au cours de la vie, selon le problème principal (admissions 2012)	54
Tableau 21	Âge lors de la première injection, selon le problème principal (admissions 2012)	55
Tableau 22	Injection au cours des 6 mois précédant l'admission, selon le problème principal (admissions 2012)	56
Tableau 23	Echange de matériel d'injection au cours des 6 mois précédant l'admission, selon le problème principal (2012)	57
Tableau 24	Problème principal, selon le sexe (sorties 2012)	58
Tableau 25	Répartition des hommes et des femmes à la sortie, selon le problème principal (2012)	58
Tableau 26	Distribution des âges à la sortie, selon le problème principal (2012)	59
Tableau 27	Âge à la sortie, selon le problème principal (2012)	61
Tableau 28	Raison principale de la fin de la prise en charge, selon le problème principal (sorties 2012)	62
Tableau 29	Raison principale de la fin de la prise en charge: destination des transferts, selon le problème principal (sorties 2012)	64
Tableau 30	Raison principale de la fin de la prise en charge: cause du décès, selon le problème principal (sorties 2012)	65
Bibliographie		67

1. Introduction

Le système de monitoring *act-info*, introduit en 2004, est le fruit de l'harmonisation des instruments des cinq statistiques sectorielles existantes dans le domaine du traitement des addictions. Ces instruments, développés dans des circonstances variables, n'offraient que peu de possibilités de comparaisons avant l'introduction d'*act-info*. Un pas décisif a été franchi avec l'adoption de standards unifiés et la création d'une banque de données centralisée rassemblant les données de base des cinq statistiques sectorielles. Cette banque de données commune permet une analyse comparative des caractéristiques des usagers de l'ensemble du système de prise en charge des dépendances. Le présent rapport décrit le développement et l'état actuel du projet global et présente une analyse des données *act-info* recueillies en 2012 pour l'ensemble de la Suisse.

1.1 Importance des systèmes de monitoring dans le domaine de l'aide aux personnes dépendantes

Au cours des quarante dernières années, de nombreux pays ont mis en place des systèmes de monitoring dans le domaine du traitement des toxicomanies et de l'alcoolodépendance. Des normes internationales pour le relevé de telles données ont été développées au plan européen (EMCDDA 2000). Celles-ci ont retenu l'attention au-delà des frontières européennes et une agence des Nations Unies (ONU DC: Office des Nations Unies contre la drogue et le crime) recommande leur utilisation dans le monde entier (Donmall, 2006). Entre temps, ces normes (TDI: Treatment Demand Indicator) ont été révisées et introduites en Europe en 2013 (EMCDDA, 2012). *act-info*, qui a pris part à ce processus de révision, a repris ces normes en 2013 également. Les données pour l'année 2012 présentées dans ce rapport correspondent cependant encore aux anciennes normes. La saisie systématique des caractéristiques des patients et patientes qui recourent aux prestations d'aide aux personnes dépendantes représente depuis

longtemps une des sources d'information les plus importantes dans le domaine de l'abus de substances. Bien que ces statistiques ne portent que sur une partie de la population confrontée aux problèmes d'addiction, les informations recueillies constituent - hormis quelques enquêtes ponctuelles - le seul accès à ce groupe de la population qui est souvent peu visible et marginalisé. Ainsi, les données de monitoring des traitements fournissent des indicateurs essentiels pour suivre l'évolution des problèmes d'addiction et les tendances de consommation. Enfin, elles servent également de référence pour la planification, la mise en place et l'adaptation des différentes prestations d'aide.

De façon générale, un système de monitoring permet de mieux identifier les caractéristiques des groupes cibles particulièrement vulnérables aux problèmes de dépendance et d'évaluer les besoins en mesures préventives, thérapeutiques et d'accompagnement de manière plus adéquate. Les informations sur la nature des substances et l'ampleur de leur consommation (fréquence, mode d'absorption, âge de la première expérience, etc.), mais aussi les données plus générales relatives au profil sociodémographique de la population prise en charge sont autant d'éléments pertinents.

En promouvant les activités de monitoring et en mettant en place un réseau d'information harmonisé dans le domaine du traitement des addictions, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) entend favoriser le développement et l'optimisation de mesures d'aide et de prévention fondées sur les évidences scientifiques.

1. Introduction

1.2 Le système de monitoring *act-info*

act-info (acronyme pour addiction, care and therapy information) est le système harmonisé de monitoring des usagers des structures du domaine de l'aide aux personnes dépendantes en Suisse. Ce système national de documentation porte sur les différentes offres de traitement ambulatoire et résidentiel des personnes ayant des problèmes liés aux substances légales ou illégales, ou souffrant de dépendances non liées à une substance. Les instituts de recherche impliqués (Addiction Suisse à Lausanne et ISGF à Zurich) sont responsables de la collecte et de l'exploitation des données dans les différents domaines de traitement. *act-info* est financé par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), qui est également responsable du projet global.

1.2.1 Objectif d'*act-info*

L'objectif général d'*act-info* est l'établissement et l'exploitation d'un réseau unifié de statistiques et d'information dans le domaine de l'aide ambulatoire et résidentielle en matière de dépendance (conseil, accompagnement et traitement). Ce réseau a pour but de fournir une base d'informations aux praticiens et aux chercheurs ainsi qu'aux communes, aux cantons et à la Confédération. Cet objectif a été atteint grâce à l'harmonisation des instruments des cinq statistiques sectorielles existantes dans le domaine du traitement des addictions (pour plus de détails à ce sujet, voir Maffli et al. 2008). La collecte des données est assurée par les instituts de recherche responsables des différentes statistiques sectorielles. Les objectifs spécifiques peuvent être résumés comme suit:

- création d'un **réseau national d'information** par la collecte de données standardisées et ciblées concernant les personnes traitées pour des problèmes addictifs telles que les caractéristiques sociodémographiques ainsi que les données spécifiques aux problèmes de dépendance et aux modes de consommation
- **amélioration des connaissances** relatives aux personnes qui font appel aux infrastructures de prise en charge des problèmes addictifs par l'établissement des profils des client-e-s à l'admission et à la sortie

- **identification des tendances** à un stade précoce, s'agissant des caractéristiques des clientes et des clients en traitement, de leurs habitudes de consommation, de leur comportement addictif, ainsi que de leurs problèmes et de leurs besoins spécifiques
- **constitution d'une documentation** sur les structures du système d'aide aux personnes dépendantes et sur les différentes offres
- **transfert dans la pratique** grâce à une large diffusion des résultats, notamment par l'élaboration de rapports annuels standardisés pour les institutions qui livrent des données (rapports confidentiels), par la diffusion de résultats globaux au travers de différents rapports annuels (rapports spécifiques pour chaque domaine de traitement et rapport global sur les questions de base communes), et par une valorisation et un approfondissement des résultats dans le cadre de publications ou de manifestations thématiques
- **comparabilité avec d'autres pays** grâce à l'adoption des normes internationales du TDI (Treatment Demand Indicator, EMCDDA 2000). Les questionnaires *act-info* gardent en outre une compatibilité suffisante avec les instruments des statistiques sectorielles préexistantes pour permettre un suivi de l'évolution à long terme
- mise à disposition de **données de base pour mener des recherches approfondies** ou des études de suivi. Des sets de données issus de la banque de données centralisée peuvent être obtenus par des chercheurs ou chercheuses qui en font la demande. Des conditions cadres sont prévues à cet effet. Les instituts de recherche impliqués peuvent également exécuter des mandats de recherche.

De façon générale, le contenu et l'exploitation d'*act-info* cherchent à répondre aux besoins du terrain et de la recherche, ainsi qu'aux exigences de la Confédération et des cantons relatives aux tâches de santé publique.

1.2.2 Les instruments act-info

L'instrumentaire d'act-info est constitué d'un ensemble de questions posées au début et à la fin d'une prise en charge; il repose sur les cinq types de sources suivants:

- **Treatment Demand Indicator** Standard Protocol (TDI) de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA 2000)
- **Dokumentationsstandards III** pour l'évaluation des traitements de personnes dépendantes (DG-Sucht 2001) de la «Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie»
- **Addiction Severity Index (ASI)** (McLellan et al. 1992)
- **questionnaires antérieurs** des statistiques sectorielles de la SAMBAD, de la SAKRAM/CIRSA, de la Ligue FOS, des traitements HeGeBe et de la statistique nationale des traitements avec prescription de méthadone
- différents **tests de screening** standardisés comme l'AUDIT (Babor et al. 1992) et le test de Fagerström (Heatherton et al. 1991).

Les questions des relevés effectués à l'admission et à la sortie sont structurées de la manière suivante:

Questions de base: les instruments de collecte des données consistent en une série de questions imposées pour toutes les statistiques sectorielles d'act-info. Ces questions garantissent la compatibilité tant entre les différents domaines de traitement qu'avec les normes internationales (TDI, voir plus haut). Elles doivent être complétées pour tous les clients et les clientes au début et à la fin de la prise en charge.

Questions spécifiques aux secteurs de prise en charge: ces questions ne sont posées que dans un ou plusieurs domaine(s) de traitement mais y sont alors obligatoires. Il s'agit par exemple de questions relatives aux clientes ou aux clients qui font appel à un service ambulatoire en raison de problèmes de dépendance chez des proches – et qui ne sont dès lors pertinentes que dans le domaine ambulatoire – ou encore de questions au sujet de comportements délinquants, de condamnations ou de mesures pénales qui concernent essentiellement le traitement des personnes faisant usage de drogues illégales. Cette approche permet d'obtenir également des informations exhaustives sur des thèmes ciblés, ne concernant que des groupes particuliers.

Questions thématiques: ces questions ne sont posées que par certaines institutions d'un domaine de traitement précis et concernent, par exemple, un échantillon de la clientèle ou une période donnée (sur une année de référence, par exemple). Il s'agit en l'occurrence de thèmes liés aux dépendances tels que santé psychique, cures de sevrage, consommation de tabac ou troubles alimentaires. De nombreux modules thématiques ou spécifiques aux secteurs de prise en charge ont déjà été créés (23 pour l'entrée et 23 pour la sortie), et d'autres encore peuvent être élaborés si nécessaire.

1. Introduction

Les questionnaires d'entrée et de sortie *act-info* rassemblent au total quelque 90 **questions de base** bien documentées, qui couvrent les domaines suivants (voir aussi les pages Internet *act-info*: www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00632/03290/index.html?lang=fr):

Questionnaire d'entrée

Cadre de la prise en charge:

setting de traitement; date d'admission; propres problèmes addictifs ou problèmes chez des proches; traitements antérieurs pour problèmes addictifs; traitement de substitution en cours; instance d'envoi principale et secondaires.

Données sociodémographiques:

sexe, année de naissance; degré d'urbanisation du lieu de résidence; état civil; nationalité; conditions d'habitation; source(s) de revenus principale/complémentaire(s), activité professionnelle principale/complémentaire(s); formation terminée ou en cours.

Substances consommées, comportement addictif:

problème principal: fréquence, mode d'administration, âge lors de la première consommation, de la première consommation régulière, de la première consommation problématique; autres problèmes addictifs; comportement de consommation (ou comportement assimilable à une addiction) au cours du dernier mois; injection.

Questionnaire de sortie

Cadre de la prise en charge:

date de sortie; setting de traitement; propres problèmes addictifs ou problèmes chez des proches; type de sortie; substitution pendant et après le traitement.

Données sociodémographiques:

sexe, année de naissance; degré d'urbanisation du lieu de résidence; état civil; conditions d'habitation; source(s) de revenus principale/complémentaire(s), activité professionnelle principale/complémentaire(s); formation terminée ou en cours.

Substances consommées, comportement addictif:

problèmes lors de la sortie; comportement de consommation (ou comportement assimilable à une addiction) au cours du dernier mois; injection au cours du dernier mois.

1.2.3 Exploitations de routine et diffusion des résultats

Le système de documentation *act-info* prévoit des analyses annuelles standardisées qui sont effectuées à trois niveaux: chaque institution participante reçoit une analyse annuelle de ses propres données, chaque secteur de prise en charge dispose d'une statistique spécifique et le rapport global *act-info* présente une analyse de l'ensemble des données de base recueillies dans les différents secteurs. Ces prestations ainsi que les autres efforts de diffusion des résultats sont décrits plus en détail ci-dessous:

Rapports d'institution: dans les secteurs de prise en charge SAMBAD, *act-info-FOS*, *act-info-Residalc* et HeGeBe, chaque institution participante reçoit de l'institut de recherche responsable du secteur correspondant un rapport d'institution confidentiel relatif à sa clientèle de l'année de référence avec tableaux et/ou graphiques. Les données comprennent toutes les entrées et sorties qui ont eu lieu durant l'année civile (les éventuelles entrées multiples sont comptées plusieurs fois). Les rapports sont établis en français, allemand ou parfois en italien, selon l'établissement. Les résultats sont destinés à un usage interne (chiffres pour le rapport d'activités annuel, positionnement par rapport aux résultats de l'ensemble de la Suisse, évolution de la clientèle de l'institution, etc.). Si une institution le souhaite, il est aussi possible, après accord, de procéder à des évaluations spéciales basées sur les données de l'institution ou à des évaluations communes (p. ex. institutions d'un même canton). De son côté, la Statistique nationale de la méthadone offre aux cantons la possibilité de requêtes d'analyses interactives sur Internet (sous la forme d'analyses cantonales spécifiques).

Rapport par secteur de prise en charge: les instituts de recherche procèdent à une analyse annuelle des données pour chaque secteur de traitement. Ces rapports sectoriels incluent une analyse des aspects spécifiques au secteur concerné. Comme dans le cas des rapports d'institution, chaque épisode de prise en charge y est considéré comme une unité d'analyse. Ainsi, l'institution peut comparer ses propres données à celles du domaine de référence. Les rapports annuels des statistiques sectorielles *act-info-FOS*, SAMBAD et *act-info-Residalc* sont publiés en français et en allemand (et en partie aussi en italien) et une

version électronique est mise à disposition sur leurs sites Internet. De son côté, la statistique HeGeBe fournit actuellement à l'OFSP les chiffres nécessaires à l'élaboration de son rapport sectoriel, tandis que la Statistique nationale de la méthadone propose des requêtes d'analyses interactives sur Internet portant sur l'ensemble de la Suisse.

Rapport global d'*act-info*: la constitution d'une banque de données commune contenant les variables de base permet de procéder à des analyses globales. Le présent rapport est le neuvième rapport annuel (données 2012) sur l'ensemble des secteurs couverts par *act-info*. Les résultats sont présentés selon la principale substance posant problème, indépendamment du domaine de prise en charge. Contrairement à l'approche adoptée dans les rapports spécifiques aux secteurs de traitement ou aux institutions, où l'épisode de prise en charge constitue l'unité d'analyse, le rapport global d'*act-info* présente une statistique relative aux personnes, conformément aux recommandations du protocole TDI (EMCDDA, 2000). Cela signifie que plusieurs épisodes de prise en charge concernant une même personne au cours d'une même année sont comptabilisés ici comme une seule unité d'analyse (voir le point 2.1.3).

Communication des résultats: les instituts de recherche choisissent la forme appropriée pour diffuser les résultats dans leur secteur de traitement. Pour la statistique sectorielle *act-info-FOS*, par exemple, l'institut organise chaque année une rencontre durant laquelle les données annuelles, en partie sur un thème choisi, sont présentées et commentées en lien direct avec la pratique (un support imprimé est également fourni). Pour la statistique *act-info-Residalc*, l'institut de recherche participe, au besoin, à des rencontres organisées par les institutions en Suisse romande et en Suisse alémanique et communique des informations sur l'avancement du projet global *act-info* et sur *act-info-Residalc*. Dans le domaine ambulatoire, des séances peuvent être organisées sur demande des associations concernées pour présenter et discuter les résultats recueillis dans ce secteur de prise en charge.

1. Introduction

1.3 Statistiques sectorielles participantes: situation 2012

Comme évoqué plus haut, le système national de monitoring du traitement des addictions *act-info* comprend plusieurs domaines de prise en charge. Ces secteurs continuent de mener des statistiques spécifiques après leur harmonisation, conformément au concept modulaire des instruments et de publier des rapports sectoriels. En raison des conditions cadres différentes dans les cinq secteurs de prise en charge, la transition vers les nouveaux instruments et logiciels de saisie n'a pas pu avoir lieu partout immédiatement après l'introduction d'*act-info* en 2004. Ainsi, le domaine des traitements avec prescription d'héroïne (HeGeBe) a adopté les instruments *act-info* un an plus tard. Un bref aperçu des cinq statistiques sectorielles avec l'indication des références de leurs sites Internet respectifs est présenté ici dans l'ordre de leur passage aux normes *act-info*.

act-info-FOS: dirigée par le service de coordination *act-info-FOS* de l'ISGF, la Ligue pour l'évaluation de traitements résidentiels de la toxicomanie (aujourd'hui *act-info-FOS*) regroupe des établissements offrant des traitements résidentiels aux personnes dépendantes de drogues. Regroupant à sa création en 1989 quatre établissements, l'Association pour la recherche en établissement thérapeutique est devenue en 1995 la Ligue pour l'évaluation des traitements résidentiels de la toxicomanie (FOS), bénéficiant d'une large représentation. Le passage à *act-info*, qui a eu lieu le 1^{er} janvier 2003 déjà avec les instruments d'alors (questionnaires sur papier), a également servi d'ultime phase test pour le projet global. L'année suivante, la possibilité d'une saisie par Internet était offerte. Le nombre d'établissements offrant des traitements résidentiels pour des problèmes liés à des substances illégales est de 58. En 2012, ils étaient 49 à participer au réseau de recherche, dont 46 ont livré des données. En sus des établissements thérapeutiques, quelques appartements protégés et programmes de placement familiaux participent également au monitoring. La description du projet, la liste des publications et les rapports annuels sont disponibles sur Internet sous le lien www.isgf.ch (ensuite Projekte > Aktuelle Projekte > *act-info-FOS*).

act-info-Residalc: la statistique SAKRAM/CIRSA (Schweizerische Arbeitsgemeinschaft der Kliniken und Rehabilitationszentren für Alkohol- und Medikamentenabhängige / Conférence des institutions romandes spécialisées en alcoologie), appelée maintenant *act-info-Residalc*, est réalisée par Addiction Suisse et couvre des établissements résidentiels à vocation socio-thérapeutique (cliniques spécialisées et centres de réhabilitation) qui sont spécialisés dans le traitement des problèmes d'alcool et de prise médicamenteuse. SAKRAM/CIRSA a débuté en 1984 en Suisse alémanique et en 1992 en Suisse romande. On compte une vingtaine d'établissements résidentiels spécialisés de ce type en Suisse, dont 16 ont participé au monitoring de la clientèle en 2012. La plupart sont des centres de réhabilitation et des cliniques spécialisées. Le passage à *act-info* a eu lieu le 1^{er} janvier 2004. La description du projet et les rapports annuels peuvent être consultés à l'adresse suivante: www.addictionsuisse.ch (ensuite Recherche scientifique > *act-info-Residalc*).

SAMBAD: la statistique du secteur ambulatoire de l'aide psychosociale en matière de dépendance (SAMBAD) est également réalisée par Addiction Suisse. Elle concerne aussi bien les centres de consultation spécialisés dans la prise en charge de problèmes addictifs que les services polyvalents qui suivent, en plus d'autres groupes de client-e-s, également des personnes ayant un problème de dépendance. SAMBAD a été lancé en 1994 avec une phase pilote et poursuivi par un relevé systématique dès 1995 sous la responsabilité de l'Office fédéral de la statistique. Depuis le passage à *act-info* le 1^{er} janvier 2004, la collecte des données est effectuée directement par Addiction Suisse. En 2012, on enregistrait en Suisse 196 établissements dans ce secteur, dont deux tiers traitent exclusivement de problèmes de dépendance (66.3%). La participation au monitoring s'est stabilisée au cours des cinq dernières années après une période d'augmentation. On comptait 77 services participants en 2012. La description du projet et les rapports annuels se trouvent à l'adresse suivante: www.addictionsuisse.ch (ensuite Recherche scientifique > *act-info SAMBAD*).

HeGeBe: le monitoring des traitements avec prescription d'héroïne (HeGeBe) est mené par l'ISGF et regroupe en 2012 22 établissements de traitement ambulatoire, dont deux programmes de distribution en milieu carcéral. Pour intégrer le programme, il faut être héroïnomanie depuis plus de deux ans (selon CIM-10), être majeur, avoir échoué au moins deux fois dans ses tentatives de traitement et avoir subi des atteintes au niveau physique, psychologique et/ou de sa vie sociale du fait de sa consommation. La statistique HeGeBe, alors baptisée PROVE (abréviation de l'allemand Projekt für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln) a débuté en 1994 à titre d'essai. A partir de 1998, le traitement avec prescription d'héroïne a été adopté en tant que possibilité de traitement de routine dans le système suisse de traitement des personnes dépendantes aux opiacés. La participation des centres HeGeBe au système de monitoring des client-e-s, qui a été intégré le 1^{er} janvier 2005 à *act-info*, est obligatoire. La description du projet et la liste de publications se trouvent à l'adresse suivante: www.isgf.ch (ensuite Projekte > Aktuelle Projekte > Monitoring Heroingestützte Behandlung [HeGeBe-Monitoring]).

Statistique nationale de la méthadone: la statistique nationale des traitements avec prescription de méthadone est effectuée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et concerne principalement les établissements de traitement avec prescription de méthadone, les médecins généralistes, les médecins cantonaux, les médecins travaillant en cabinet et les pharmacies. La phase pilote a débuté en 1997 et à partir de 1999, la collecte systématique de données était rendue possible grâce aux instruments (questionnaires, logiciels) mis à disposition par l'OFSP. Les données sont recueillies par les médecins cantonaux dans le cadre de l'obligation d'autorisation à laquelle les traitements de substitution sont soumis. En 2012, 14 cantons utilisaient les logiciels mis à disposition et 10 d'entre eux ont livré des données individuelles anonymisées à la statistique nationale. Certains cantons disposent de leur propre système informatisé de collecte des données et peuvent transmettre des données agrégées ou individuelles et anonymes. Cependant, le volume de ces données est restreint et leur compatibilité avec les normes *act-info* est limitée. A la différence de SAMBAD, *act-info*-Residalc et *act-info*-FOS, la statistique des traitements avec prescription de méthadone

recueille en plus des données d'admission et de fin de traitement en principe une fois par année des données en cours de traitement servant aux prolongations d'autorisations délivrées par le médecin cantonal. L'introduction des instruments d'*act-info* doit être approuvée par chaque autorité cantonale (médecins cantonaux) et n'a pas pu être réalisée pour l'instant. Par contre, toutes les données compatibles avec *act-info* sont converties aux standards officiels et intégrées à la banque de données centralisée.

La page Internet www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00632/06217/index.html?lang=fr présente une description du projet et permet de consulter les résultats selon des requêtes d'analyse interactives.

1.4 Autres domaines de l'aide aux personnes dépendantes

Outre les secteurs de prise en charge qui participent au monitoring *act-info*, il existe d'autres offres d'aide aux personnes dépendantes, qui sont décrites brièvement ici:

Cliniques privées et cliniques psychiatriques ayant une unité 'dépendances': les cliniques privées ne sont pour l'instant pas concernées. Il en va de même des unités psychiatriques ayant une offre de prise en charge pour problèmes de dépendances, car elles participent déjà à la Statistique médicale des hôpitaux (Office fédéral de la Statistique).

Sevrage: ce domaine comprend les traitements ambulatoires et résidentiels pratiquant le sevrage, les centres de désintoxication spécialisés, le sevrage en milieu hospitalier ou en clinique psychiatrique. En règle générale, le sevrage physique est une étape préliminaire à une demande de suivi, entrant ensuite directement dans la cible d'*act-info*.

Offres à bas seuil pour la réduction des risques: cette catégorie regroupe diverses formes telles que travail de rue (travail social «hors murs»), foyers d'urgence, locaux d'injection, programmes de distribution ou d'échange de seringues, structures d'accueil de jour, où les mesures sociales ou sanitaires sont appliquées sans exigence de modification de la consommation des personnes concernées. Un recensement systématique des client-e-s de ce secteur, tel qu'*act-info* le prévoit, ne serait que difficilement réalisable du fait que l'accès à ce type d'offre est libre et anonyme.

1. Introduction

Foyers: en font partie les ateliers et les offres d'hébergement et de soins destinées aux personnes confrontées à un problème de toxicomanie ou d'alcoolodépendance. Ces structures font office soit de postcure ou de solution intermédiaire, soit de lieu de vie pour des personnes qui ne peuvent pas être resocialisées.

Appartements protégés: ce domaine comprend des offres très diverses de postcure résidentielle prenant le relais au terme d'une thérapie. Une partie est prise en compte dans la statistique *act-info-FOS* si l'offre est proposée dans le cadre du concept de traitement adopté par une institution thérapeutique.

Traitement des dépendances en milieu carcéral: il s'agit de la remise de méthadone ou d'autres produits de substitution dans les prisons, lorsqu'elle n'est pas déjà intégrée dans les statistiques sectorielles que sont la statistique nationale de la méthadone et HeGeBe.

1.5 Saisie des données

Des questionnaires imprimés destinés au monitoring de la clientèle sont disponibles dans tous les domaines de traitement. Dans les secteurs de traitement, l'offre pour la saisie électronique des données est croissante. Les questionnaires *act-info* spécifiques aux différents domaines (y compris les questions ciblées correspondantes) ainsi que les manuels et les autres documents sont pour la plupart disponibles en trois langues et peuvent être téléchargés sur les sites web correspondants. Ces documents peuvent être consultés au moyen des liens suivants:

SAMBAD

www.addictionsuisse.ch (ensuite Recherche scientifique > *act-info* SAMBAD puis sous Publications & téléchargements)

act-info-Residalc

www.addictionsuisse.ch (ensuite Recherche scientifique > *act-info-Residalc* puis sous Publications & téléchargements)

act-info-FOS

www.isgf.ch/ (ensuite Projekte > Aktuelle Projekte > *act-info-FOS* puis sous Instrumente: > *act-info-FOS* Fragebogen)

HeGeBe

www.isgf.ch/ (ensuite Projekte > Aktuelle Projekte > Monitoring Heroingestützte Behandlung [HeGeBe-Monitoring])

Pour la **Statistique nationale des traitements avec prescription de méthadone**, des formulaires cantonaux sont utilisés. Un logiciel est en outre mis à disposition par l'OFSP pour la gestion des autorisations de prescription et pour la saisie électronique des données.

Afin de garantir l'homogénéité du contenu des outils de saisie, des spécifications uniques (format XML) ont été élaborées en allemand, français et italien pour toutes les questions définies et les explications correspondantes (questions de base et autres questions). Ces spécifications XML sont gérées par la direction du projet global au moyen d'un logiciel adapté et sont à disposition des instances intéressées. Ainsi, des sociétés privées de développement de logiciels destinés à la gestion de la clientèle peuvent par exemple reprendre ces spécifications. Dans des applications compatibles avec le format XML, elles peuvent même être utilisées directement. Un groupe de travail a été constitué parmi les acteurs concernés (développeurs informatiques, interlocuteurs techniques des statistiques sectorielles) pour assurer la qualité technique d'*act-info* sur le plan informatique. Ce groupe de travail (ITSG *act-info*) veille à l'adoption de standards appropriés tant du point de vue technique qu'économique, à l'harmonisation des différentes approches d'implémentation logicielle ainsi qu'à la documentation des normes établies. Grâce à la souplesse d'utilisation des spécifications, différents outils de saisie sont à disposition des institutions. Des solutions sans frais pour les institutions participantes ont été développées jusqu'ici et sont à disposition:

- Sur mandat de la direction du projet global, un masque de saisie (**act-info PC**) aussi simple que convivial a été élaboré pour tous les domaines de traitement. Ce masque convertit directement les spécifications XML en formulaire électronique. Les fastidieuses reprogrammations nécessaires en cas de modification des questions sont donc caduques. Cette application présente en outre l'avantage d'être utilisable comme solution indépendante ou alors comme module interactif intégré dans un système de gestion de clientèle déjà en place. Une nouvelle version a été introduite en 2007 et une mise à jour garantissant la compatibilité avec les nouveaux systèmes d'exploitation a été effectuée en 2011.
- *act-info-FOS* met le logiciel **DataPool** à la disposition des institutions participantes, qui peuvent ainsi saisir les données de leur clientèle directement par le biais d'Internet. Le logiciel comprend des procédures préalables de filtrage et de vérifica-

tion, qui améliorent la qualité des données (plausibilité, exhaustivité). Actuellement, deux tiers des institutions participant aux relevés d'*act-info-FOS* saisissent leurs données en ligne.

- *act-info-Residalc* met à disposition des institutions du domaine résidentiel alcool et médicaments une application web (**act-info online**) permettant la saisie en ligne des données. Cette application dispose également de fonctions de filtrage et de contrôle qui améliorent la qualité des données. Cette nouvelle application ne concerne pas encore les données de l'année 2012 exploitées ici et qui ont été majoritairement relevées au moyen de questionnaires papier.
- Dans le domaine ambulatoire, une application basée sur **EpiData** est mise à disposition depuis de nombreuses années. Elle comprend elle aussi des procédures de filtrage et de vérification. Les institutions intéressées peuvent également disposer d'un module d'exploitation (EpiData Analysis). Avec l'introduction des nouveaux instruments dès 2013, cette application sera remplacée par l'application web **act-info online** (voir ci-dessus).
- Dans le domaine de la méthadone, une application spécifique pour l'administration des autorisations de prescription de méthadone est à disposition des médecins cantonaux ou de leurs services. Ce logiciel, fonctionnant sous **Access**, est un outil qui sert d'une part à l'administration des autorisations et d'autre part à la saisie des questionnaires de la statistique méthadone tels qu'ils existent déjà. Toutefois, le nouveau questionnaire «*act-info* méthadone» n'a jusqu'ici été introduit dans aucun canton. Actuellement, une révision des variables destinées à la statistique nationale des traitements de substitution a été initiée et une nouvelle application sera mise à disposition des cantons.

Par ailleurs, des sociétés informatiques commercialisent des systèmes complets de gestion de la clientèle intégrant les modules de questions d'*act-info*. Ces modules ont été établis sur la base des spécifications ou en utilisant l'interface d'*act-info PC*. Ils peuvent, le cas échéant, également mettre à jour les questionnaires d'*act-info* sans problème.

1. Introduction

1.6 Protection des données

Les données recueillies au niveau des institutions d'aide aux personnes dépendantes comprennent des caractéristiques personnelles relatives aux clients et clientes qui doivent être protégées.

Pour empêcher l'identification immédiate des personnes concernées, les données sont pseudonymisées avant d'être transmises à l'institut de recherche compétent. Ainsi, c'est un code de quatre lettres généré à partir de positions définies de lettres du nom (de naissance) et du prénom et non pas les noms et prénoms des client-e-s qui sont transmis. Cette opération est effectuée de manière automatique par les différents outils de saisie et les institutions qui n'en disposent pas peuvent avoir recours à un petit utilitaire informatique. Comme les données fournies contiennent encore certaines indications sensibles, telles que le domicile, la date de naissance et le numéro d'identification de l'institution, leur transmission doit aussi être protégée de manière adéquate. A ce niveau, la protection nécessaire est garantie soit par l'envoi postal (secret postal), soit par l'encodage des données transmises électroniquement suivant une procédure appropriée.

Les instituts de recherche s'engagent à traiter les données reçues de manière absolument confidentielle et à ne les utiliser qu'à des fins statistiques conformes au mandat et aux prescriptions de l'OFSP. En particulier, aucune donnée pouvant permettre d'identifier des personnes par recoupement n'est transmise plus loin ou publiée.

La sûreté de la gestion des données auprès des instituts de recherche est garantie par l'utilisation de serveurs modernes, dont l'accès est impossible aux personnes non autorisées, que ce soit via le réseau ou via les postes de travail internes.

Pour l'établissement de la banque de données commune, les instituts de recherche transmettent les données sensibles des secteurs de prise en charge respectifs - après plusieurs encodages - à l'instance de coordination du projet global. En premier lieu, toutes les variables à caractère sensible sont soit supprimées soit converties en variables ne présentant plus ce caractère. Ainsi, les indications de domicile sont traduites en classes de degré d'urbanisation. De la date de naissance, seule l'année est conservée. Afin de pouvoir distinguer les institutions sans les identifier, un code généré de façon aléatoire (GUID) est utilisé. Le code d'identification interne des clients et clientes n'est pas transmis. Le code de quatre lettres généré au niveau de l'institution n'est pas transmis en l'état. Pour que, comme le préconisent les recommandations du protocole TDI (EMCDDA 2000), plusieurs épisodes de prise en charge concernant une même personne puissent être identifiés comme tels, un identifiant unique est constitué pour chaque personne avant la transmission des données. On a recours pour cela à une procédure d'encodage en deux temps, combinant la date de naissance, le sexe et le code de quatre lettres. Cette procédure génère d'abord deux éléments de code ne permettant pas de retourner à l'information d'origine (l'encodage des mêmes données à des moments différents aboutit toujours à des paires de codes différents). Ces deux éléments ne peuvent être codés en identifiant unique qu'au niveau de la banque de données centralisée *act-info* à l'aide d'une clé confidentielle sécurisée. Ce code ne permet pas non plus de remonter aux informations initiales. La description technique détaillée de la procédure d'encodage peut être demandée auprès de l'instance de coordination du projet global.

Ces mesures garantissent que la banque de données commune contenant les variables de base ne comprend aucune information relevant de la protection des données.

2. Clientes et clients des secteurs ambulatoire et résidentiel en 2012

Par la mise en commun des données récoltées selon des normes unifiées dans les secteurs du traitement résidentiel (*act-info-FOS* et *act-info-Residalc*), dans le secteur ambulatoire de l'aide psychosociale (SAMBAD) et dans le secteur du traitement par prescription d'héroïne ainsi que par l'intégration des données de la Statistique nationale de la méthadone compatibles avec *act-info*, une banque de données commune a été constituée, conformément aux objectifs d'*act-info*. Celle-ci permet de décrire les usagers du système d'aide en matière de dépendance tout entier. Les résultats présentés dans ce deuxième chapitre sont issus de l'analyse des données récoltées en 2012 au moment de l'admission et de la sortie dans les secteurs de prise en charge participants.

2.1 Aspects méthodologiques

De façon à permettre une bonne lecture des résultats et d'éviter des interprétations erronées, quelques questions méthodologiques fondamentales sont évoquées en guise de préalable à ce chapitre. Une première question concerne le degré de couverture des statistiques sectorielles participantes et le problème que posent les données manquantes. Un deuxième point à relever est celui des options prises par rapport à l'unité d'analyse et aux sous-groupes choisis (variables indépendantes). Enfin, des aspects concernant les thèmes traités (variables dépendantes) seront précisés.

2.1.1 Degré de couverture

Si le système de monitoring *act-info* est conçu pour permettre un recensement exhaustif, la participation reste toutefois généralement facultative pour les institutions de traitement et ne peut par conséquent pas être garantie. Seuls les centres HeGeBe ont l'obligation de participer au relevé. Dans le secteur des traitements substitutifs, des demandes doivent être déposées auprès des médecins cantonaux qui recueillent ainsi au moins des données de base et les transmettent ensuite à la Statistique nationale de la méthadone. Par ailleurs, certains cantons obligent les institutions à participer à un système de documentation standardisé. De façon générale, les institutions participantes contribuent aux efforts de recherche en apportant leur propre motivation et en y affectant des ressources en personnel. Les institutions ne

disposant que de ressources limitées, dont la clientèle fluctue fortement, ou encore dont les contacts avec cette dernière sont brefs, pourront juger qu'une collecte systématique des données de leurs client-e-s demande un travail trop important.

La participation des différents secteurs de prise en charge au monitoring de la clientèle en 2012 n'est pas homogène:

Le secteur du traitement avec prescription d'héroïne (HeGeBe) enregistre un taux de couverture de 100% en raison de l'obligation de participer à laquelle sont soumis les centres concernés.

Les taux de participation des deux secteurs résidentiels sont nettement plus élevés que celui du secteur ambulatoire. Ainsi, 46 établissements résidentiels spécialisés dans le traitement des problèmes liés à l'abus de drogues sur un total de 58 ont participé à *act-info-FOS* (soit 79%) et 16 des 20 établissements résidentiels spécialisés dans le traitement des problèmes liés à l'alcool et aux médicaments ont participé à *act-info-Residalc* (80%). En comparaison, 39% (77 sur 196) des centres ambulatoires (spécialisés ou polyvalents) ont participé au monitoring SAMBAD en 2012. Ici, le taux de participation est légèrement inférieur à celui de l'année précédente.

En 2012, 10 cantons ont participé à la Statistique nationale de la méthadone et ont livré des données individuelles. Dans le secteur des traitements substitutifs, les variables *act-info* ne sont cependant pas toutes récoltées, si bien que certains thèmes ne sont pas couverts. Les cantons restants n'ont fourni que des données agrégées ou des données ne pouvant pas être intégrées dans la banque de données générale d'*act-info*.

Le taux de participation des institutions ne représente toutefois qu'une approximation du taux de couverture effectif, puisque le nombre total de personnes traitées reste inconnu.

A long terme, *act-info* vise à couvrir largement, voire même totalement, les divers secteurs de traitement des addictions. Une couverture incomplète par ce

2. Clientes et clients des secteurs ambulatoire et résidentiel en 2012

système de monitoring peut poser problème pour la généralisation des résultats, en particulier si le nombre de cas enregistrés est insuffisant et/ou que des distorsions systématiques amènent à douter de la représentativité des cas saisis. Il apparaît toutefois peu probable que les données disponibles présentent de graves distorsions. La décision de participer ou non au monitoring ne semble en effet guère liée au profil de la clientèle des centres respectifs. Le nombre de clients et clientes dont les données

peuvent être analysées, compris entre N=3724 et N=8435 selon la question, s'avère suffisant (données concernant l'admission; sous-questions filtrées exclues). Il convient néanmoins d'interpréter les résultats avec prudence, car les données ne peuvent garantir une représentativité strictement contrôlée de la population visée. Le tableau ci-dessous présente une vue d'ensemble de la participation pour l'année 2012.

Participation des institutions à act-*info*, selon le secteur de prise en charge (2012)

	Institutions existantes (N)	Participation (n)	Participation (%)
HeGeBe	22	22	100%
FOS	58	46	79%
Residalc	20	16	80%
SAMBAD	196	77	39%
Cantons ayant une offre de substitution à la méthadone (N)		Cantons disposant de données individuelles (n)	Participation (%)
Méthadone	26	10	38%

2.1.2 Données manquantes

De façon générale, des données manquent lorsque des questions sont oubliées par inadvertance, qu'une personne refuse de répondre ou ne sait pas comment répondre à une question. Cependant, en ce qui concerne les données exploitées ici, une partie des données manquantes sont dues à une compatibilité encore incomplète des questionnaires (principalement dans le secteur des traitements substitutifs et pour quelques cas aussi dans le secteur ambulatoire). Il manque ainsi un nombre considérable de données pour plusieurs questions, un point qu'il est donc important de relever.

Les données manquantes sont systématiquement exclues des analyses auxquelles il est procédé pour le présent rapport. Mais leur nombre est indiqué pour tous les groupes et sous-groupes analysés et devrait être impérativement pris en compte pour interpréter les résultats. L'exclusion des données manquantes part du point de vue que celles-ci révéleraient une répartition similaire aux données disponibles, si leurs valeurs étaient connues. Même si cette hypothèse paraît plausible, il convient d'interpréter avec une prudence toute particulière les résultats pour lesquels le taux de données manquantes est sensiblement élevé. La remarque vaut en particulier pour le sous-groupe des personnes pour qui les opiacés constituent le problème principal, car dans le domaine des traitements substitutifs de nombreux thèmes ne font pas encore l'objet d'un relevé.

2.1.3 Unité d'analyse et données utilisées

Conformément au protocole TDI (EMCDDA 2000), les exploitations annuelles portant sur l'ensemble des secteurs de prise en charge ont les personnes pour unité d'analyse. Autrement dit, contrairement à ce qui se fait pour les analyses spécifiques à un secteur, une personne ayant été prise en charge à plusieurs reprises au cours de l'année de référence n'est comptabilisée ici qu'une seule fois. Pour cela, il a fallu introduire un identifiant unique (voir le chapitre 1.6) valable pour tous les secteurs de prise en charge et complètement anonymisé. Celui-ci permet en principe d'identifier les épisodes de prise en charge parallèles ou répétés concernant une même personne au cours de l'année considérée. Pour l'analyse des données relatives aux admissions, la statistique prend en considération, en cas de prises en charge multiples, la dernière entrée en date. Pour l'analyse des données relatives aux sorties, le principe est analogue: c'est la dernière sortie enregistrée durant l'année civile qui est prise en compte. Il faut toutefois partir du point de vue qu'un certain nombre de prises en charge parallèles ou répétées ne peuvent pas être identifiées comme telles, car les éléments nécessaires pour générer l'identifiant unique font parfois défaut. Par ailleurs, des erreurs au niveau des données qui servent à générer ce code ne sont pas totalement exclues. Dans les limites exposées ci-dessus, le tableau suivant présente le nombre de personnes enregistrées par chaque statistique sectorielle et concernées par au moins une admission ou une sortie durant l'année 2012.

Clientes et clients (proches exclus) enregistrés à l'admission et à la sortie, par statistique sectorielle (2012)

	FOS		HeGeBe		Méthadone		SAMBAD		Residalc		act-info	
	n		n		n		n		n		n	
Entrée												
hommes	415	74.5	85	83.3	585	75.4	4039	70.7	819	63.5	5943	70.5
femmes	142	25.5	17	16.7	191	24.6	1672	29.3	470	36.5	2492	29.5
Total	557	100.0	102	100.0	776	100.0	5711	100.0	1289	100.0	8435	100.0
données manquantes	0		0		0		0		0		0	
Sortie												
hommes	403	77.6	74	70.5	64	85.3	4132	71.5	864	64.0	5537	70.7
femmes	116	22.4	31	29.5	11	14.7	1651	28.5	487	36.0	2296	29.3
Total	519	100.0	105	100.0	75	100.0	5783	100.0	1351	100.0	7833	100.0
données manquantes	0		0		0		0		0		0	

2. Clientes et clients des secteurs ambulatoire et résidentiel en 2012

Rappelons que ces chiffres (exception faite du secteur HeGeBe) ne reflètent pas la totalité de la demande de prise en charge liée à des problèmes de dépendance en 2012 mais constituent plutôt un fragment de celle-ci, tributaire de la participation des institutions aux relevés (voir le chapitre 2.1.1).

En outre, il faut souligner que les données recueillies dans le secteur ambulatoire et relatives aux personnes venues consulter pour les problèmes d'un proche ne sont pas prises en compte ici puisqu'elles ne concernent que ce secteur. Les analyses qui s'y rapportent sont présentées dans le rapport annuel de la statistique SAMBAD (Astudillo et al. 2013).

La statistique ne permet pas encore de tirer des conclusions précises – excepté pour le secteur HeGeBe – quant à l'effectif de la clientèle des institutions qui y participent. Les résultats exposés dans ce rapport ne se réfèrent donc strictement qu'aux entrées et aux sorties enregistrées durant la période d'observation. Pour évaluer l'effectif des client-e-s pris en charge dans les différents secteurs de traitement des dépendances, une estimation du nombre de client-e-s en traitement au cours d'un jour-type a été entreprise en 2006 sur la base des données à disposition (HeGeBe: nombre effectif) et des informations relatives au taux de participation (date de référence: 30.09.2006). Les résultats de ces estimations sont présentés dans le tableau ci-dessous:

Estimation de l'effectif des client-e-s du système de prise en charge des dépendances (date de référence: 30.09.2006)

	Nombre de client-e-s
HeGeBe	1'264
FOS	700
Residalc	550
SAMBAD	21'500
Méthadone	17'000
Total (arrondi)	41'000

Il faut compter avec des marges d'erreurs assez larges pour chacun des chiffres estimés. C'est la raison pour laquelle les nombres ont été arrondis et qu'une actualisation de l'estimation n'apporterait pas plus de précision. Si l'on met en commun les estimations relatives aux cinq secteurs de prise en charge participant à *act-info*, on obtient un chiffre global de plus de 40'000 personnes en traitement. Le nombre des personnes bénéficiant d'un accompagnement psychosocial ou d'une thérapie dans les autres secteurs de prise en charge (offres à bas seuil, sevrage, psychiatrie, foyers, appartements protégés, etc.) peut, quant à lui, être estimé entre 5'000 et 10'000.

2.1.4 Sous-groupes (variables indépendantes)

Pour les exploitations statistiques standardisées, il est apparu judicieux de pratiquer une distinction par sexe d'une part, et par problème principal d'autre part. Par conséquent, les résultats sont toujours présentés séparément pour chaque sexe. Par ailleurs, la présentation par catégories de substances posant principalement problème est aussi parue appropriée puisque les variables dépendantes – en premier lieu celles relatives au mode de consommation – ne peuvent être interprétées de manière adéquate qu'en lien avec la substance ou la catégorie de substances concernée. La présentation des résultats par secteur de prise en charge n'a pas été jugée nécessaire dans la mesure où des analyses propres aux secteurs sont déjà disponibles et qu'il est déjà possible de procéder à des comparaisons à ce niveau (voir le point 1.2.3). Les résultats relatifs aux sorties sont également présentés selon la principale substance posant problème et c'est la substance indiquée au moment de l'admission qui est prise en compte.

Cette présentation des résultats par problème principal se retrouve dans d'autres systèmes de monitoring, comme

- en Allemagne (www.suchthilfestatistik.de/cms/)
- aux Pays-Bas (www.sivz.eu/ivz-addiction-care/ladis.html)
- ou aux USA (<http://www.das.samhsa.gov/webt/quicklink/US10.htm>).

Si la cocaïne et l'héroïne sont consommées simultanément («cocktail») et que ce mélange est mentionné comme problème principal, ce type de consommation sera classé dans la catégorie de substance principale «opiacés», conformément aux normes européennes du TDI (EMCDDA 2000). Dans d'autres cas de polytoxicomanie, on cherche à identifier quelle est la substance qui pose subjectivement le plus de problèmes. Les personnes enregistrées dans la Statistique nationale de la méthadone ou de HeGeBe ont par principe l'héroïne pour principal problème, puisque la dépendance à cette substance est – logiquement – le facteur principal menant à ces traitements.

Les exploitations standardisées ne retiennent que les quatre catégories les plus importantes de principales substances posant problème. Ensemble, ces catégories représentent 92.6% de toutes les admissions. Il s'agit des catégories suivantes:

1. alcool
2. opiacés (héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktail)
3. cocaïne (y compris crack et freebase)
4. cannabis

Les cas enregistrés dans les sous-groupes plus petits sont nettement moins nombreux, ce qui limite considérablement les possibilités d'analyse. Ainsi, le profil des clients et clientes enregistrés en 2012 qui ont indiqué les stimulants, la MDMA, les hallucinogènes, les médicaments, le tabac ou d'autres substances comme principal problème n'est pas analysé en détail. Cela s'applique aussi aux clients et clientes ayant principalement des troubles non liés à une substance, tels que les troubles du comportement alimentaire, le jeu pathologique et d'autres comportements assimilables à une addiction, qui sont également pris en compte par *act-info*.

2. Clientes et clients des secteurs ambulatoire et résidentiel en 2012

2.1.5 Variables cibles (variables dépendantes)

Le choix des thèmes faisant l'objet d'analyses repose sur les variables de base communes aux différents secteurs de prise en charge. Celles-ci découlent en grande partie des priorités définies par le protocole TDI.

Comme il est fréquent que les client-e-s du secteur résidentiel aient préalablement suivi une cure de sevrage, il était important que les questions relatives à leur situation et à leur mode de consommation avant leur admission ne se réfèrent pas uniquement aux 30 jours, mais aussi aux 6 mois précédant le début de la prise en charge. Ainsi, il est possible d'appréhender la situation globale des personnes et leur problématique avant l'intervention et non pas celle prévalant lors d'un éventuel traitement préliminaire. Pour assurer la comparabilité entre les secteurs, les analyses présentées ici se réfèrent – là où les données sont disponibles – à la période plus étendue.

Pour les questions admettant plusieurs réponses (p. ex. instance ayant adressé la personne à l'institution), *act-info* demande généralement d'abord quelle est la catégorie la plus significative (p. ex. l'instance d'envoi principale). Les présentes analyses concernent essentiellement les réponses données pour la catégorie principale.

2.1.6 Procédures d'analyse

En règle générale, ce rapport annuel se base sur des analyses descriptives qu'il présente sous forme de tableaux à double entrée indiquant les pourcentages par colonne et les nombres de cas correspondants. Le nombre total de personnes dans chacun des sous-groupes est toujours mentionné («N»). Il en va de même pour les données manquantes, qui sont exclues des analyses. Comme cela a déjà été précisé, le système de monitoring est conçu comme un recensement. C'est pourquoi il n'a été procédé à aucun échantillonnage. Bien que le taux de couverture ne soit pas encore optimal dans tous les secteurs de prise en charge, la population enregistrée par *act-info* ne peut pas être considérée comme un échantillon de la population ciblée (personnes prises en charge pour des problèmes de dépendance). On renoncera donc partout à recourir à des tests de signification puisque ces tests ne sont valables en principe que pour de véritables échantillons.

Pour les variables continues (p. ex. âge), des paramètres de position (moyenne et valeur médiane) sont

fournis ainsi que des paramètres de dispersion (écart-type, quartiles supérieur et inférieur).

Les résultats reflètent le profil de la clientèle des institutions participantes et ne peuvent pas sans autre être généralisés à l'ensemble de la population cible.

2.2 Résultats

Le présent sous-chapitre expose d'abord les principaux résultats issus des données *act-info* 2012 récoltées lors de l'admission ou de la sortie des client-e-s. Il présente ensuite également l'ensemble des résultats des analyses standardisées sous forme de tableaux.

2.2.1 Données disponibles: admissions enregistrées et problème principal

Le graphique 1 présente la répartition des problèmes principaux au sein de la clientèle enregistrée par *act-info* en 2012. Il s'agit de problèmes liés à une substance ou de problèmes assimilables à une addiction tels que le jeu pathologique. En ce qui concerne les problèmes liés à une substance, l'héroïne, la méthadone, les autres opiacés et les 'cocktails' (usage simultané d'héroïne et de cocaïne) sont regroupés sous la catégorie 'opiacés'. De la même façon, la catégorie 'cocaïne' réunit la cocaïne, la freebase (cocaïne base) et le crack (sel de cocaïne, chlorhydrate de cocaïne et bicarbonate).

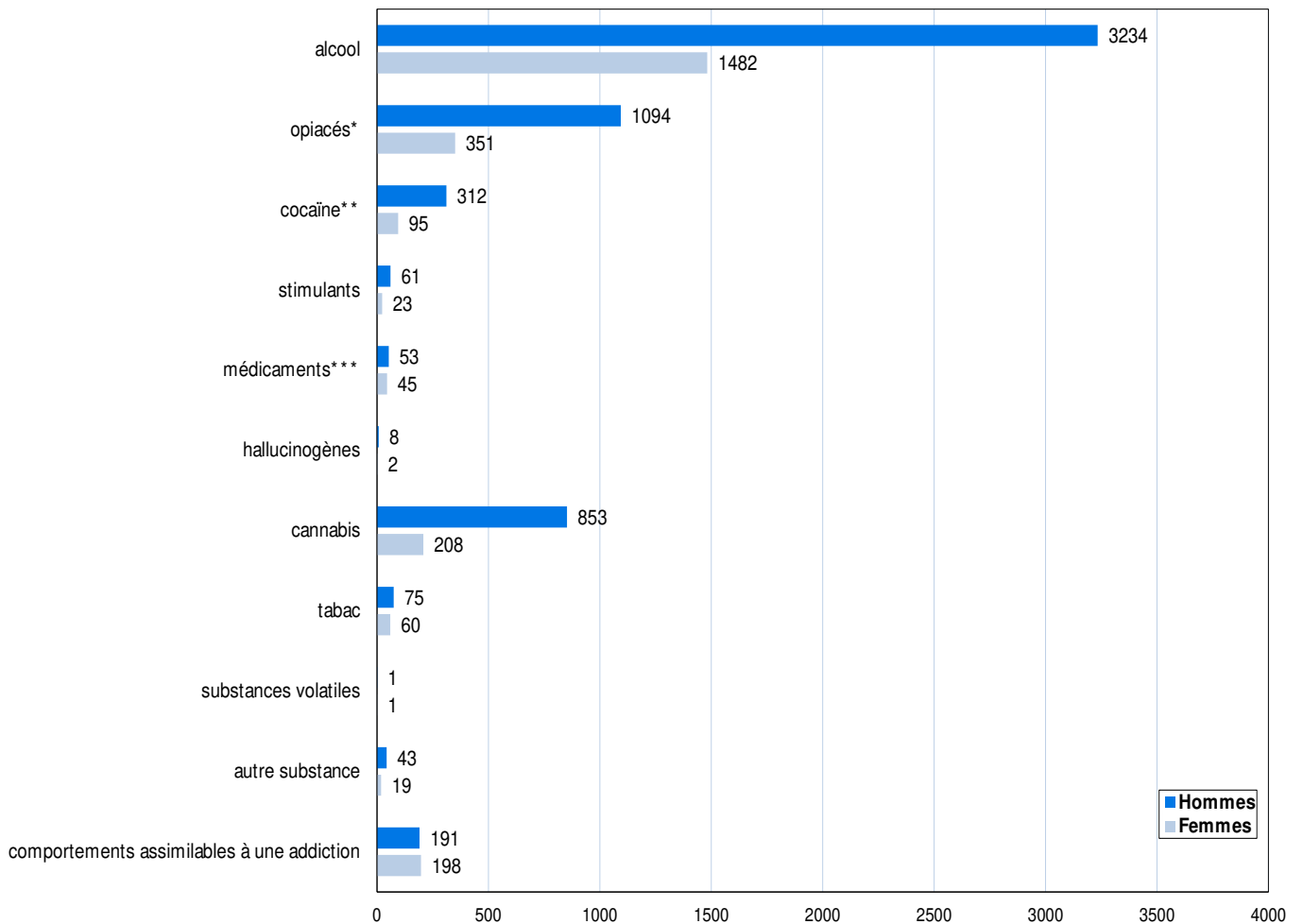
La couverture du système de monitoring étant encore incomplète, il n'est pas possible de garantir que la répartition obtenue reflète la situation effective au sein de la population cible. Ainsi, seuls les chiffres absolus sont mentionnés.

Le graphique 1 montre que l'alcool est la principale substance posant problème la plus souvent mentionnée au début de la prise en charge ambulatoire ou résidentielle. Il est suivi par les opiacés, le cannabis et la cocaïne (y compris dérivés). Au total, ces quatre catégories de substances représentent 92.6% des problèmes principaux enregistrés par *act-info*.

Les hallucinogènes (par exemple le LSD) et les substances volatiles ne sont signalés comme problème principal que par quelques client-e-s. Les substances qui ne constituent que rarement le problème principal peuvent néanmoins jouer un rôle en tant que problème secondaire (voir le point 2.2.7).

Graphique 1

Problème principal à l'admission, selon le sexe (2012)



Nombres de clients et clientes (N):
hommes: N=5925; femmes: N=2484

Total N=8409

Données manquantes:

hommes: N=18; femmes: N=8

* Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktail (héroïne et cocaïne)

** Cocaïne = cocaïne, crack, freebase

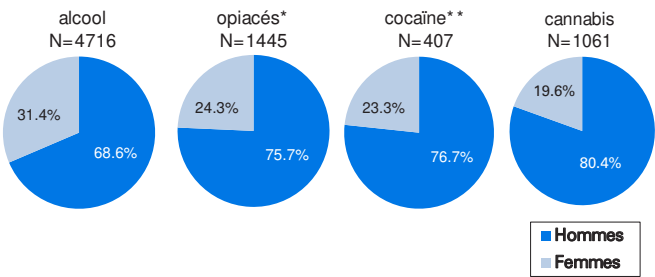
*** Médicaments = barbituriques, benzodiazépines, autres somnifères et tranquillisants

2. Clientes et clients des secteurs ambulatoire et résidentiel en 2012

2.2.2 Répartition hommes/femmes selon le problème principal au moment de l'admission

Le graphique 2 montre la répartition hommes/femmes dans les quatre catégories de principales substances posant problème les plus souvent mentionnées. Les femmes sont nettement sous-représentées dans toutes ces catégories. Leur présence est la plus marquée dans le groupe 'alcool' (31.4%), et la plus faible dans le groupe 'cannabis', avec 19.6%.

Graphique 2
Clientes et clients enregistrés à l'admission, selon le problème principal (2012)

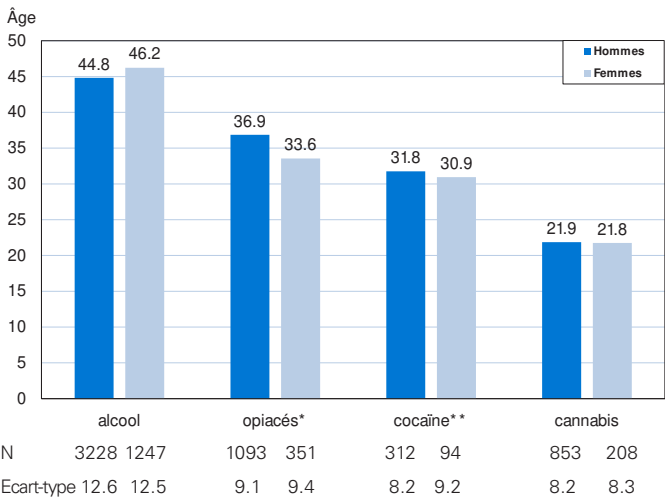


* Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktail (héroïne et cocaïne)
** Cocaïne = cocaïne, crack, freebase

2.2.3 Âge moyen des client-e-s au moment de l'admission

Le graphique 3 présente l'âge moyen des client-e-s au moment de leur admission, selon la catégorie de substance posant le problème principal. Le groupe de client-e-s ayant l'alcool pour problème principal est, avec un âge moyen de 44.8 ans pour les hommes et de 46.2 ans pour les femmes, nettement plus âgé que les autres groupes. A l'opposé, les client-e-s pris en charge principalement pour des problèmes liés au cannabis forment le groupe le plus jeune.

Graphique 3
Âge moyen (en années) des clientes et des clients à l'admission, selon le problème principal (2012)



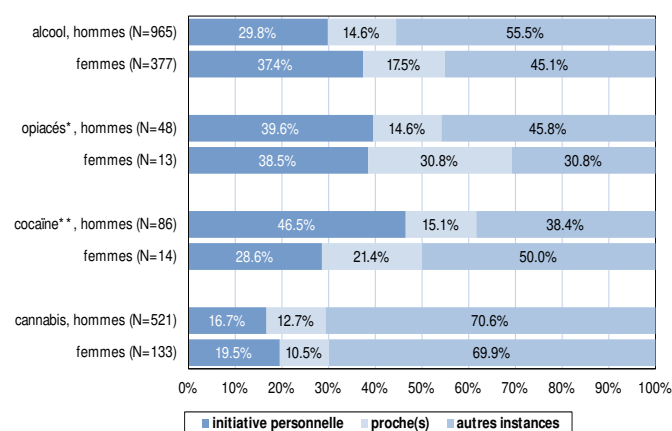
* Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktail (héroïne et cocaïne)
** Cocaïne = cocaïne, crack, freebase

2.2.4 Initiative du premier traitement

Pour mieux connaître les motivations qui conduisent à une première prise en charge, seuls les client-e-s traités ou pris en charge pour la première fois pour un problème addictif sont pris en considération dans cette analyse (graphique 4). Environ un tiers des nouveaux client-e-s ayant principalement un problème avec l'alcool, les opiacés ou la cocaïne disent avoir cherché de l'aide de leur propre initiative. Parmi les client-e-s dont le principal problème est le cannabis, cette proportion est diminuée de plus de moitié. Dans ce dernier groupe, ce sont les autres instances qui jouent le rôle le plus important.

On trouvera le détail des instances d'envoi pour l'ensemble des client-e-s enregistrés en 2012 dans la section regroupant les tableaux standardisés (tab. 14).

Graphique 4
Principale instance d'envoi des clientes et des clients pour la première prise en charge, selon le problème principal (2012)



Filtre: seul-e-s les client-e-s traités ou pris en charge pour la première fois pour un problème addictif sont pris en considération: N=2157

* Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktail (héroïne et cocaïne)

** Cocaïne = cocaïne, crack, freebase

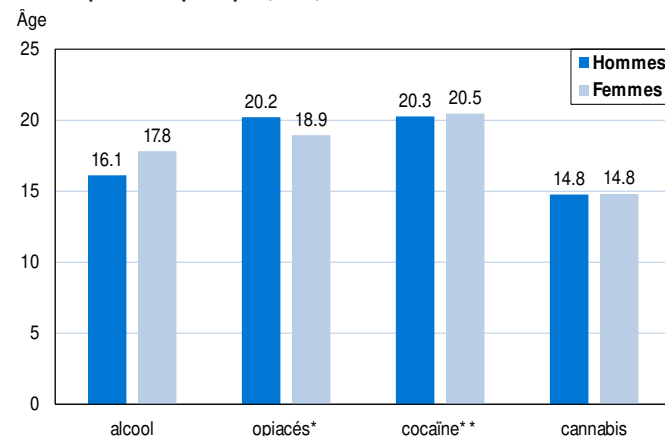
2.2.5 Âge moyen au moment de la première consommation

Le graphique 5 indique l'âge moyen des client-e-s au moment où ils/elles ont consommé pour la première fois la substance qui leur pose principalement problème. Relevons qu'il s'agit de données rétrospec-

tives, portant souvent sur une longue période, qui ne peuvent pas toujours être communiquées avec exactitude.

Selon les indications des client-e-s concernés, le début de la consommation de cannabis a eu lieu en moyenne vers l'âge de 15 ans, soit environ cinq ans plus tôt en moyenne que l'âge du début de la consommation d'opiacés ou de cocaïne, comme on le voit pour les client-e-s ayant l'un ou l'autre de ces problèmes principaux. Selon les données récoltées, l'âge moyen de la première consommation d'alcool chez les personnes ayant cette substance pour principal problème se situe à 16 ans (hommes) ou 18 ans (femmes). Pour les client-e-s du groupe 'alcool', en raison de leur âge généralement plus élevé lors de l'admission, la période rétrospective est plus longue que pour les autres groupes. Il est donc problématique de procéder à des comparaisons directes de l'âge du début de consommation, sans compter que la première consommation d'une substance socialement acceptée telle que l'alcool revêt une autre signification que le premier usage de substances illégales. Dans les différentes catégories de principales substances posant problème, hommes et femmes font état d'âges relativement similaires au moment de la première consommation.

Graphique 5
Âge moyen des clientes et des clients au début de la consommation, selon le problème principal (2012)



N 1699 729 354 116 200 67 615 161

Ecart-type 3.5 5.4 5.5 5.7 5.2 6.3 2.2 1.9

* Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktail (héroïne et cocaïne)

** Cocaïne = cocaïne, crack, freebase

2. Clientes et clients des secteurs ambulatoire et résidentiel en 2012

2.2.6 Consommation quotidienne avant l'admission

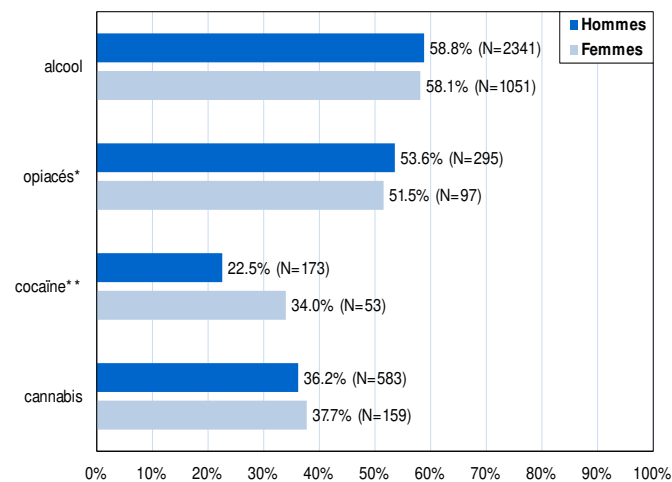
La consommation quotidienne de substances psychoactives constitue un indicateur important pour apprécier globalement une problématique et plus particulièrement pour déterminer s'il y a dépendance. Le graphique 6 indique la proportion de clientes et de clients qui font état d'une consommation quotidienne de la principale substance posant problème durant la période de référence précédant l'admission.

Dans le graphique 6, les informations relatives à la fréquence de consommation des client-e-s des secteurs résidentiels *act-info-FOS* et *act-info-Residalc* et du secteur ambulatoire *SAMBAD* se réfèrent aux six mois précédant l'admission. Pour les secteurs ambulatoires à long terme *HeGeBe* et traitements substitutifs, la période de référence porte en revanche sur les 30 derniers jours précédant l'admission. La mise en commun de deux périodes de référence distinctes se justifie par le fait que, en particulier pour le secteur résidentiel, les six mois avant le début du traitement donnent une image plus fidèle de la situation de consommation. Trente jours avant l'admission, de nombreux client-e-s se trouvent en clinique de sevrage ou centres de transition et ne consomment pas ou presque par définition.

Plus de la moitié des client-e-s dont le principal problème est l'alcool disent avoir consommé une ou plusieurs fois par jour cette substance avant leur prise en charge. C'est aussi le cas des client-e-s pris en charge pour un problème principal lié aux opiacés. La part des consommateurs quotidiens parmi les client-e-s ayant principalement un problème avec le cannabis ou la cocaïne est plus petite. Parmi le groupe 'cocaïne', les différences entre hommes et femmes sont plus marquées, les femmes étant proportionnellement nettement plus nombreuses à signaler un usage quotidien.

Graphique 6

Fréquence de la consommation quotidienne avant l'admission, selon le sexe et le problème principal (2012)



* Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktail (héroïne et cocaïne)

** Cocaïne = cocaïne, crack, freebase

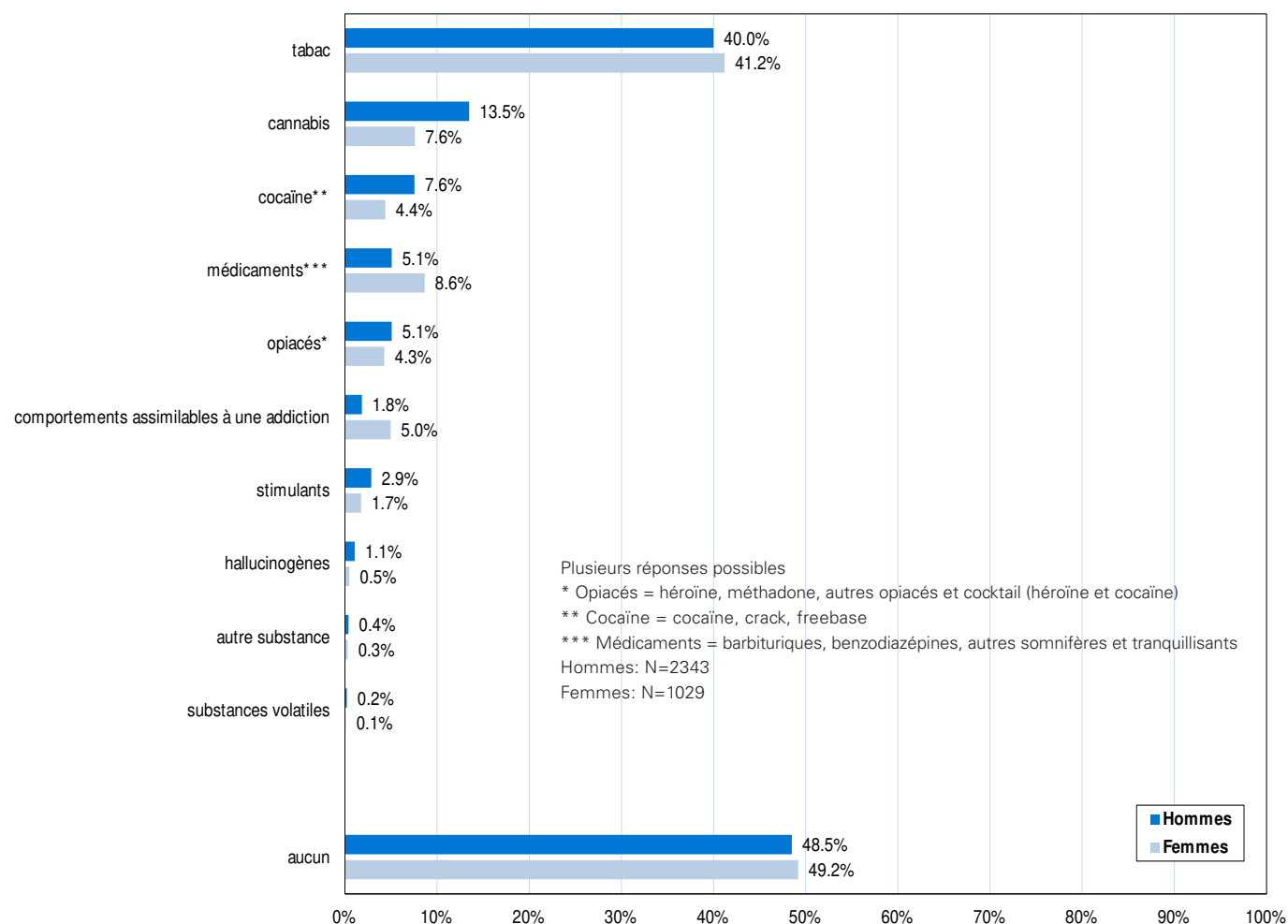
Période de référence: 6 derniers mois (FOS, Residalc et SAMBAD)
ou 30 derniers jours (HeGeBe et Méthadone)

2.2.7 Autres problèmes addictifs au moment de l'admission

La présence, en plus du problème principal, d'autres problèmes liés à des substances ou assimilables à une addiction posent un défi particulier à la prise en charge de personnes dépendantes. Les graphiques 7A à D présentent les substances ou comportements assimilables à une addiction qui – en plus du problème principal – sont aussi considérés comme

problématiques. Pour ces résultats, les quatre plus importantes catégories de substances représentant le problème principal, à savoir l'alcool (7A), les opiacés (7B), la cocaïne (7C) et le cannabis (7D), sont considérées séparément. La part des personnes qui n'indiquent aucun autre problème de dépendance est également prise en compte. L'ordre de présentation reflète la fréquence des mentions. Précisons encore que plusieurs réponses sont possibles.

Graphique 7A (Problème principal: alcool)
Problèmes addictifs secondaires des clientes et des clients avant l'admission (2012)



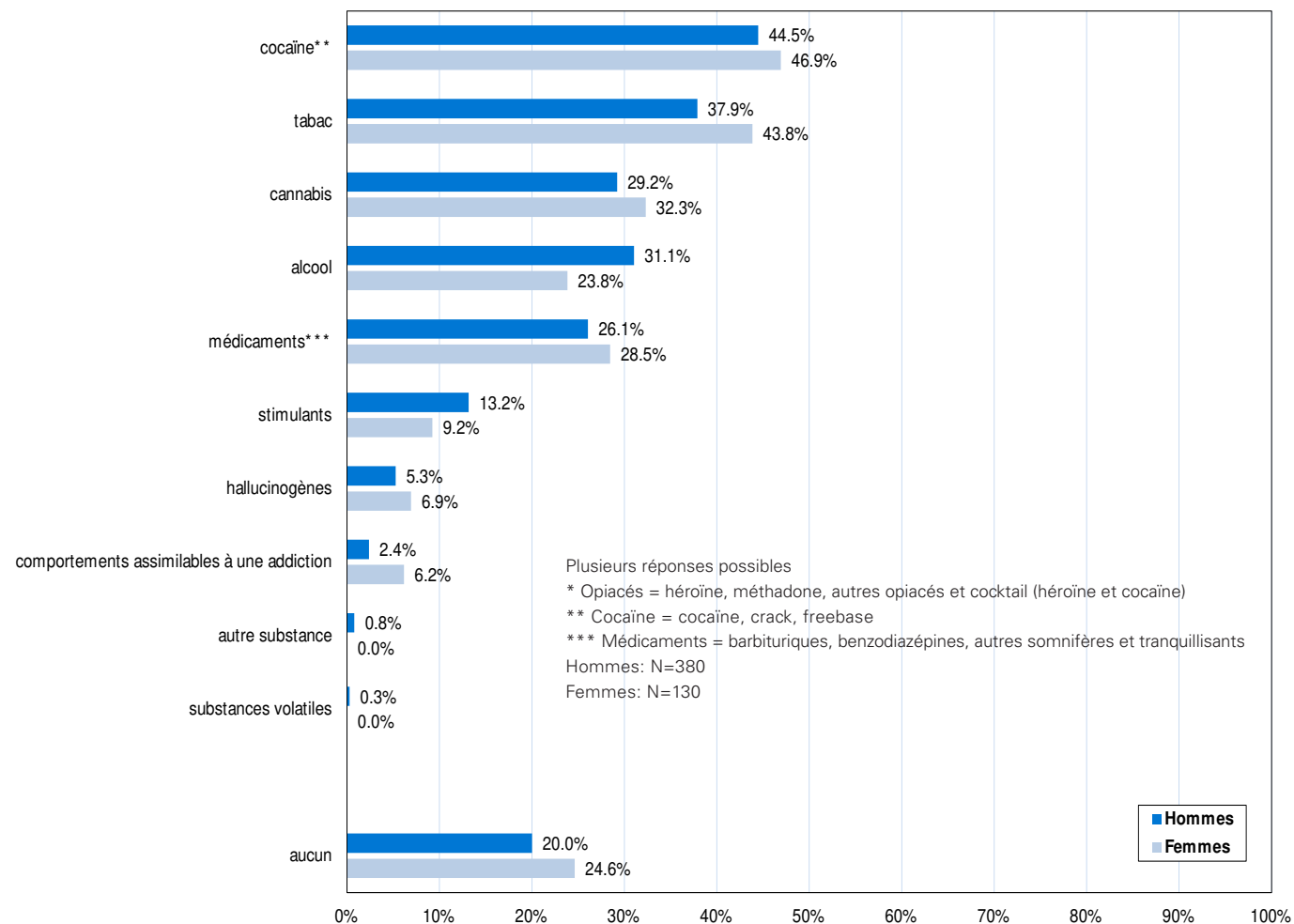
Chez les client-e-s dont le problème principal est l'alcool, le tabac est la substance problématique secondaire la plus souvent mentionnée (graphique 7A). En comparaison, les autres substances ou comporte-

ments assimilables à une addiction ne jouent qu'un rôle globalement limité. La moitié des client-e-s de ce groupe ne font état d'aucun autre problème addictif.

2. Clientes et clients des secteurs ambulatoire et résidentiel en 2012

Graphique 7B (Problème principal: opiacés*)

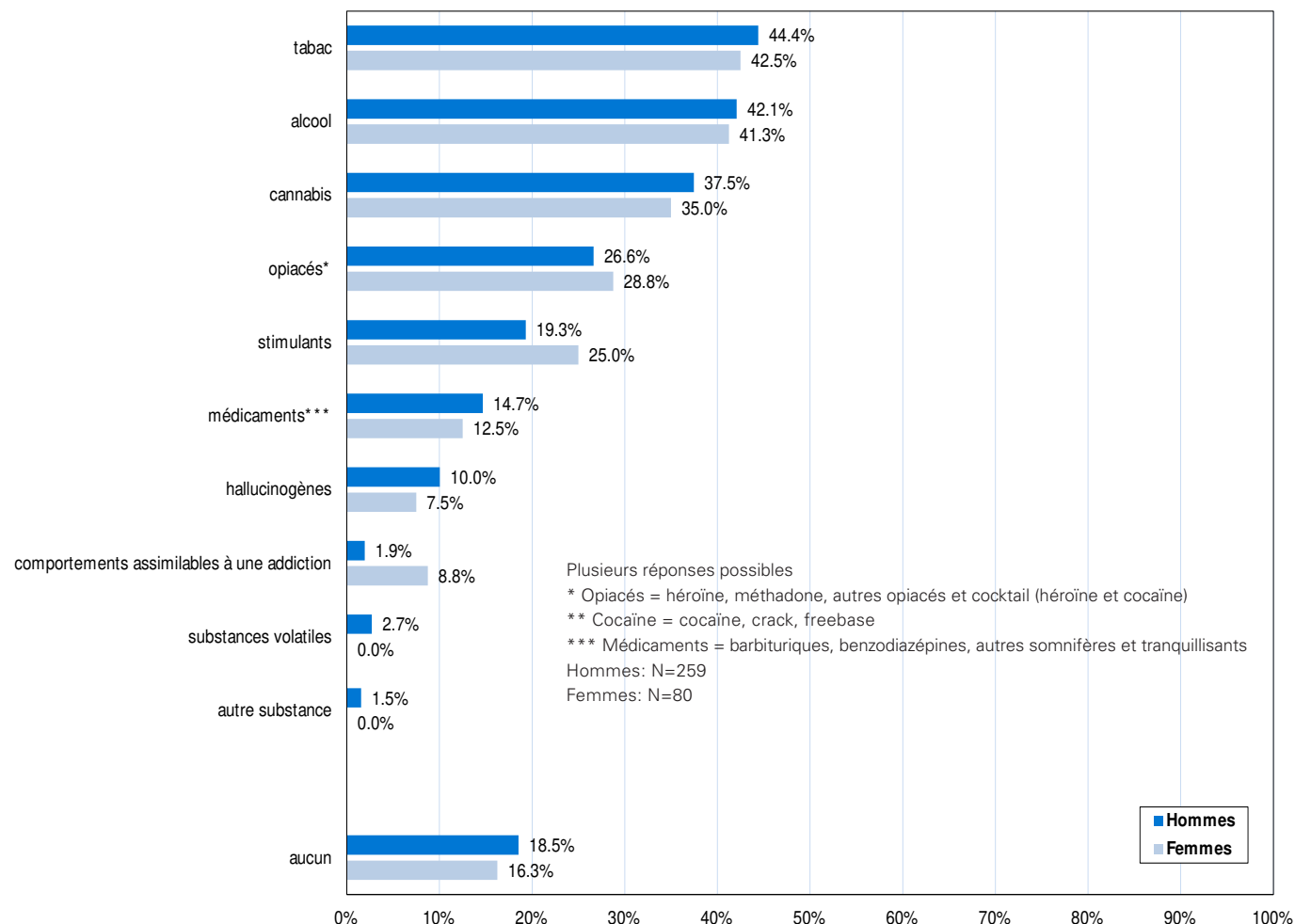
Problèmes addictifs secondaires des clientes et des clients avant l'admission (2012)



Le groupe des client-e-s ayant les opiacés pour principal problème se caractérise par différents autres problèmes addictifs: cocaïne, tabac, cannabis, alcool et médicaments sont fréquemment cités (graphique 7B). La part des client-e-s sans autre problème addictif est relativement petite (valeurs entre 20 et 25%). Ces chiffres sont en accord avec les résultats d'analyses approfondies effectuées dans le cadre des statistiques sectorielles, qui suggèrent que la poly-toxicomanie est un phénomène fréquent parmi les personnes dépendantes aux opiacés.

Graphique 7C (Problème principal: cocaïne)**

Problèmes addictifs secondaires des clientes et des clients avant l'admission (2012)

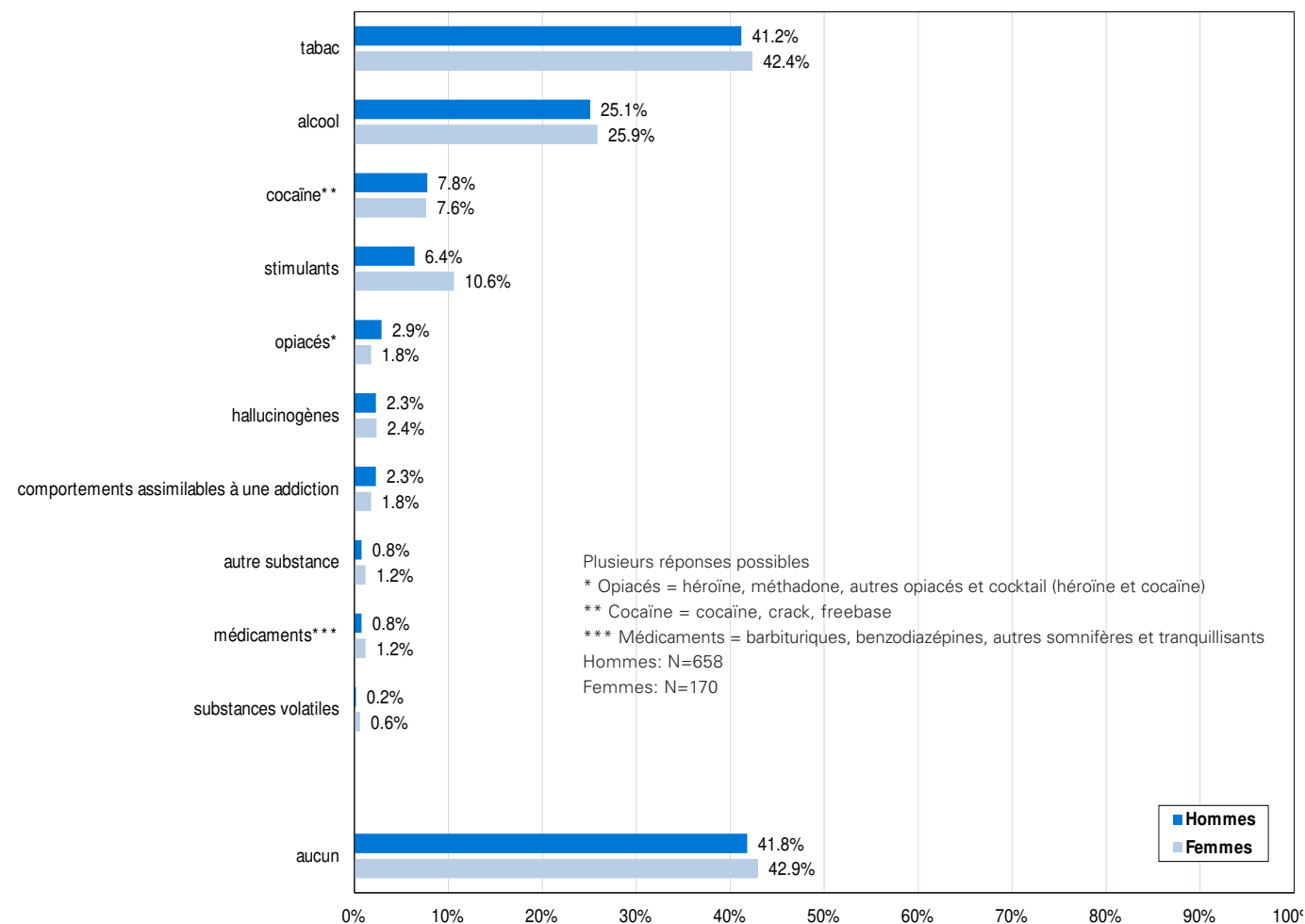


Une image comparable se dégage du graphique 7C, qui présente les autres problèmes addictifs du groupe 'cocaïne'. Ici, le tabac, l'alcool, le cannabis, les opiacés et les stimulants sont les autres substances problématiques les plus fréquemment mentionnées. Au total, moins de 20% des personnes appartenant à ce groupe ne font état d'aucun autre problème addictif.

2. Clientes et clients des secteurs ambulatoire et résidentiel en 2012

Graphique 7D (Problème principal: cannabis)

Problèmes addictifs secondaires des clientes et des clients avant l'admission (2012)

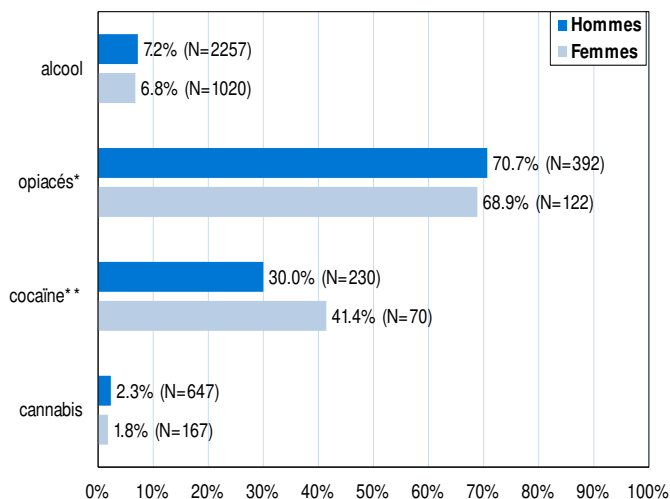


Dans le groupe 'cannabis', ce sont le tabac et l'alcool qui sont le plus souvent cités comme problèmes secondaires (graphique 7D). Dans ce groupe, environ deux personnes sur cinq ne font état d'aucun autre problème addictif. Ainsi, il est à supposer qu'une part non négligeable des client-e-s dont le principal problème est le cannabis est concernée par le phénomène de l'usage de multiples substances, impliquant en particulier les substances légales.

2.2.8 Consommation par injection avant l'admission

Le graphique 8A présente pour chacune des quatre catégories de problème principal les proportions de client-e-s qui ont consommé des substances illégales par injection au cours de leur vie (prévalence à vie). Le graphique 8B se rapporte, quant à lui, au comportement d'injection au cours des six mois précédant le début de la prise en charge (prévalence sur six mois). Aucune information concernant la ou les substances injectées n'a été recueillie. L'effectif du groupe de référence est chaque fois mentionné (N=100 %).

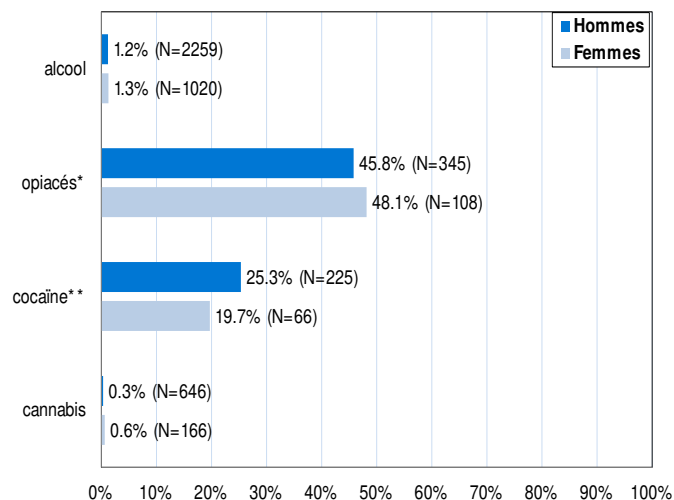
Graphique 8A (Prévalence au cours de la vie)
Injection de substances chez les clientes et les clients avant l'admission, selon le problème principal (2012)



* Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktail (héroïne et cocaïne)
** Cocaïne = cocaïne, crack, freebase

Comme on pouvait s'y attendre, ce sont principalement les client-e-s ayant les opiacés pour problème principal qui indiquent avoir déjà consommé des substances illégales par injection (environ sept sur dix). Dans le groupe ayant la cocaïne comme problème principal, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à avoir injecté au cours de leur vie (graphique 8A).

Graphique 8B (Prévalence au cours des 6 derniers mois)
Injection de substances chez les clientes et les clients avant l'admission, selon le problème principal (2012)



* Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktail (héroïne et cocaïne)

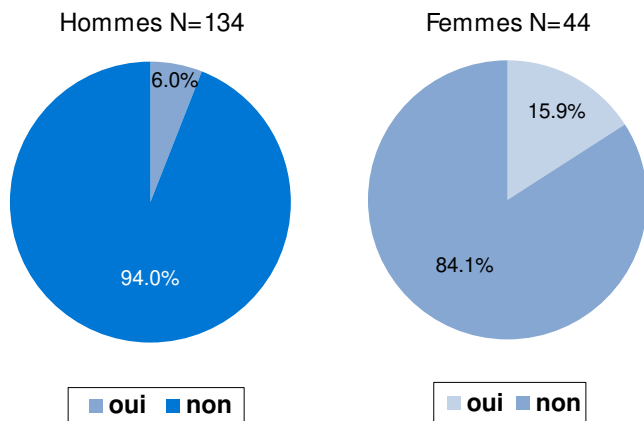
** Cocaïne = cocaïne, crack, freebase

On observe une image assez similaire pour la prévalence à six mois, bien que les proportions soient dans l'ensemble plus petites: une petite moitié des client-e-s du groupe 'opiacés', un client du groupe 'cocaïne' sur quatre et une cliente sur cinq de ce même groupe signalent avoir consommé une drogue illégale par injection au cours des six mois qui ont précédé leur prise en charge (graphique 8B). Dans les groupes 'alcool' et 'cannabis', les proportions de client-e-s qui ont recouru à l'injection dans les six derniers mois sont très faibles et peuvent être mises en relation avec les données relatives aux autres problèmes mentionnés par ces client-e-s: les drogues injectables sont peu fréquemment citées en tant que substance problématique secondaire (voir le point 2.2.7).

2. Clientes et clients des secteurs ambulatoire et résidentiel en 2012

Graphique 9

Echange de matériel d'injection chez les clientes et les clients ayant injecté au cours des 6 mois avant l'admission (2012)



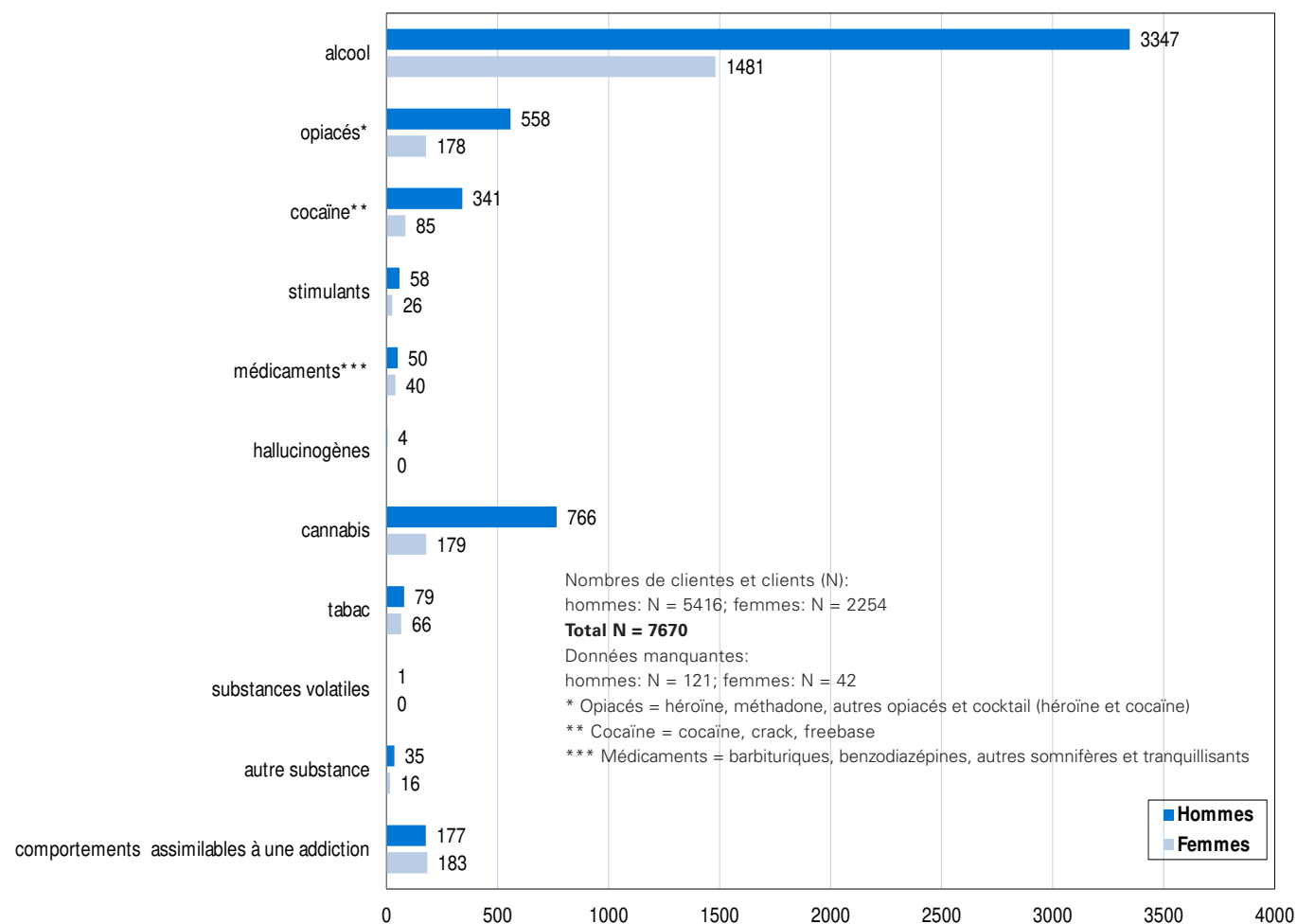
Le graphique 9 montre, pour tous les client-e-s ayant consommé par injection au cours des six mois précédant l'admission, s'ils ont fait usage de matériel d'injection partagé avec d'autres consommateurs au cours de cette même période. Tous les client-e-s ayant injecté sont pris en compte, indépendamment de leur problème principal. Malgré les risques de contamination par le VIH et le virus de l'hépatite, une proportion non négligeable de consommateurs et consommatrices - soit en tout 8.4% - ont utilisé du matériel d'injection partagé.

2.2.9 Données disponibles: sorties enregistrées et problème principal

Le système de monitoring *act-info* a enregistré 7833 personnes sorties en 2012. Le graphique 10 concerne les client-e-s sorti-e-s en 2012 pour lesquels le principal problème au moment de l'admission est connu. Il présente les problèmes principaux que les client-e-s avaient mentionnés au début de leur prise en charge. Les client-e-s pour qui le problème principal fait défaut ne sont pas pris en considération dans les analyses.

Comme pour le graphique 1, seuls les nombres absolus sont indiqués et non les pourcentages, ceci en raison de lacunes encore existantes dans la récolte des données par le système de monitoring. Ainsi, la répartition des principales substances posant problème ne reflète pas forcément la répartition effective des problèmes au sein de la population cible. Une grande partie des client-e-s enregistrés au moment de leur sortie avaient été pris en charge principalement pour des problèmes liés à l'alcool.

Graphique 10
Raison principale de la prise en charge des clientes et des clients sortis en 2012



2.3 Tableaux

Tableau 1:

Problème principal, selon le sexe (admissions 2012)

Les résultats se basent uniquement sur les données des institutions participantes et par conséquent ne concernent pas l'ensemble des institutions existantes. Cela vaut pour tous les tableaux suivants.

	Hommes		Femmes		Toutes entrées	
	n	%	n	%	n	%
alcool	3234	54.6	1482	59.7	4716	56.1
cocktail (héroïne et cocaïne)	29	0.5	9	0.4	38	0.5
héroïne	1004	16.9	325	13.1	1329	15.8
méthadone	38	0.6	9	0.4	47	0.6
autres opiacés (p. ex. morphine, codéine)	23	0.4	8	0.3	31	0.4
cocaïne	304	5.1	90	3.6	394	4.7
crack, freebase	8	0.1	5	0.2	13	0.2
amphétamines	34	0.6	11	0.4	45	0.5
MDMA et substances similaires (ecstasy)	23	0.4	7	0.3	30	0.4
autres stimulants (p. ex. khat)	4	0.1	5	0.2	9	0.1
barbituriques	0	0.0	0	0.0	0	0.0
benzodiazépines	47	0.8	35	1.4	82	1.0
autres somnifères et tranquillisants	6	0.1	10	0.4	16	0.2
LSD	8	0.1	2	0.1	10	0.1
autres hallucinogènes	0	0.0	0	0.0	0	0.0
cannabis	853	14.4	208	8.4	1061	12.6
tabac	75	1.3	60	2.4	135	1.6
substances volatiles	1	0.0	1	0.0	2	0.0
autres substances	43	0.7	19	0.8	62	0.7
jeu pathologique	80	1.4	21	0.8	101	1.2
troubles alimentaires	7	0.1	153	6.2	160	1.9
autres comportements de type addictif	104	1.8	24	1.0	128	1.5
Total	5925	100.0	2484	100.0	8409	100.0
données manquantes	18		8		26	

Questions: qmed009 et qmed010

Tableau 2:

Répartition des hommes et des femmes à l'admission, selon le problème principal (2012)

	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
hommes	3234	68.6	1094	75.7	312	76.7	853	80.4
femmes	1482	31.4	351	24.3	95	23.3	208	19.6
Total	4716	100.0	1445	100.0	407	100.0	1061	100.0
données manquantes	0		0		0		0	

* Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktail (héroïne et cocaïne)

** Cocaïne = cocaïne, crack, freebase

Question: qmec010

Tableau 3:
Distribution des âges à l'admission, selon le problème principal (2012)

Total	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
jusqu'à 14 ans	4	0.1	1	0.1	1	0.2	33	3.1
15-19	75	1.6	20	1.4	16	3.9	595	56.1
20-24	168	3.6	153	10.6	80	19.7	170	16.0
25-29	331	7.0	217	15.0	88	21.7	98	9.2
30-34	449	9.5	272	18.8	92	22.7	65	6.1
35-39	466	9.9	224	15.5	48	11.8	46	4.3
40-44	679	14.4	285	19.7	47	11.6	23	2.2
45-49	749	15.9	171	11.8	26	6.4	16	1.5
50-54	643	13.7	71	4.9	5	1.2	13	1.2
55-59	550	11.7	27	1.9	3	0.7	2	0.2
60-64	298	6.3	1	0.1	0	0.0	0	0.0
65-69	187	4.0	1	0.1	0	0.0	0	0.0
70-74	70	1.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0
75 et plus	36	0.8	1	0.1	0	0.0	0	0.0
Total	4705	100.0	1444	100.0	406	100.0	1061	100.0
données manquantes	11		1		1		0	

* Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktail (héroïne et cocaïne)

** Cocaïne = cocaïne, crack, freebase

Question: qmec020

2.3 Tableaux

Tableau 3 (suite):

Distribution des âges à l'admission, selon le problème principal (2012)

Hommes	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
jusqu'à 14 ans	1	0.0	1	0.1	0	0.0	30	3.5
15-19	54	1.7	7	0.6	12	3.8	473	55.5
20-24	121	3.7	96	8.8	57	18.3	135	15.8
25-29	241	7.5	151	13.8	64	20.5	84	9.8
30-34	333	10.3	201	18.4	78	25.0	54	6.3
35-39	336	10.4	188	17.2	39	12.5	36	4.2
40-44	461	14.3	234	21.4	37	11.9	15	1.8
45-49	491	15.2	128	11.7	20	6.4	13	1.5
50-54	434	13.4	60	5.5	4	1.3	11	1.3
55-59	370	11.5	24	2.2	1	0.3	2	0.2
60-64	194	6.0	1	0.1	0	0.0	0	0.0
65-69	124	3.8	1	0.1	0	0.0	0	0.0
70-74	44	1.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0
75 et plus	24	0.7	1	0.1	0	0.0	0	0.0
Total	3228	100.0	1093	100.0	312	100.0	853	100.0
données manquantes	6		1		0		0	

Femmes	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
jusqu'à 14 ans	3	0.2	0	0.0	1	1.1	3	1.4
15-19	21	1.4	13	3.7	4	4.3	122	58.7
20-24	47	3.2	57	16.2	23	24.5	35	16.8
25-29	90	6.1	66	18.8	24	25.5	14	6.7
30-34	116	7.9	71	20.2	14	14.9	11	5.3
35-39	130	8.8	36	10.3	9	9.6	10	4.8
40-44	218	14.8	51	14.5	10	10.6	8	3.8
45-49	258	17.5	43	12.3	6	6.4	3	1.4
50-54	209	14.2	11	3.1	1	1.1	2	1.0
55-59	180	12.2	3	0.9	2	2.1	0	0.0
60-64	104	7.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
65-69	63	4.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
70-74	26	1.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0
75 et plus	12	0.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	1477	100.0	351	100.0	94	100.0	208	100.0
données manquantes	5		0		1		0	

* Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktail (héroïne et cocaïne)

** Cocaïne = cocaïne, crack, freebase

Question: qmec020

Tableau 4:
Âge à l'admission, selon le problème principal (2012)

	Alcool	Opiacés*	Cocaïne**	Cannabis
Total				
moyenne	45.3	36.1	31.6	21.8
écart-type	12.6	9.2	8.4	8.2
1 ^{er} quartile	36.0	29.0	25.0	17.0
valeur médiane	46.0	36.0	30.0	18.0
3 ^e quartile	54.0	43.0	37.0	24.0
N	4705	1444	406	1061
données manquantes	11	1	1	0

	Alcool	Opiacés*	Cocaïne**	Cannabis
Hommes				
moyenne	44.8	36.9	31.8	21.9
écart-type	12.6	9.1	8.2	8.2
1 ^{er} quartile	35.0	30.0	25.0	17.0
valeur médiane	45.0	37.0	31.0	18.0
3 ^e quartile	54.0	43.0	37.0	25.0
N	3228	1093	312	853
données manquantes	6	1	0	0

	Alcool	Opiacés*	Cocaïne**	Cannabis
Femmes				
moyenne	46.2	33.6	30.9	21.8
écart-type	12.5	9.4	9.2	8.3
1 ^{er} quartile	38.0	26.0	24.0	16.0
valeur médiane	47.0	32.0	29.0	18.0
3 ^e quartile	55.0	42.0	39.0	24.0
N	1477	351	94	208
données manquantes	5	0	1	0

* Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktail (héroïne et cocaïne)

** Cocaïne = cocaïne, crack, freebase

Question: qmec020

2.3 Tableaux

Tableau 5:
État civil à l'admission, selon le problème principal (2012)

	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
Total	n	%	n	%	n	%	n	%
célibataire	1750	38.9	794	73.7	303	77.9	938	94.0
marié-e	1322	29.4	118	10.9	39	10.0	35	3.5
séparé-e	267	5.9	31	2.9	12	3.1	8	0.8
divorcé-e	1015	22.6	123	11.4	34	8.7	11	1.1
veuf/veuve	116	2.6	7	0.6	0	0.0	3	0.3
partenariat enregistré	24	0.5	5	0.5	1	0.3	3	0.3
Total	4494	100.0	1078	100.0	389	100.0	998	100.0
données manquantes	222		367		18		63	

	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
Hommes	n	%	n	%	n	%	n	%
célibataire	1275	41.6	599	73.0	227	76.4	757	94.4
marié-e	906	29.5	97	11.8	32	10.8	29	3.6
séparé-e	189	6.2	24	2.9	11	3.7	6	0.7
divorcé-e	634	20.7	94	11.5	26	8.8	6	0.7
veuf/veuve	49	1.6	4	0.5	0	0.0	1	0.1
partenariat enregistré	14	0.5	2	0.2	1	0.3	3	0.4
Total	3067	100.0	820	100.0	297	100.0	802	100.0
données manquantes	167		274		15		51	

	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
Femmes	n	%	n	%	n	%	n	%
célibataire	475	33.3	195	75.6	76	82.6	181	92.3
marié-e	416	29.2	21	8.1	7	7.6	6	3.1
séparé-e	78	5.5	7	2.7	1	1.1	2	1.0
divorcé-e	381	26.7	29	11.2	8	8.7	5	2.6
veuf/veuve	67	4.7	3	1.2	0	0.0	2	1.0
partenariat enregistré	10	0.7	3	1.2	0	0.0	0	0.0
Total	1427	100.0	258	100.0	92	100.0	196	100.0
données manquantes	55		93		3		12	

* Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktail (héroïne et cocaïne)

** Cocaïne = cocaïne, crack, freebase

Question: qmec040

Tableau 6:
Nationalité à l'admission, selon le problème principal (2012)

	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
Total	n		n		n		n	
Suisse	3595	80.6	853	70.4	283	76.1	809	84.2
EU	601	13.5	285	23.5	56	15.1	80	8.3
autre	262	5.9	74	6.1	33	8.9	72	7.5
Total	4458	100.0	1212	100.0	372	100.0	961	100.0
données manquantes	258		233		35		100	

	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
Hommes	n	%	n	%	n	%	n	%
Suisse	2403	78.8	605	66.5	203	73.0	647	83.4
EU	436	14.3	242	26.6	45	16.2	67	8.6
autre	209	6.9	63	6.9	30	10.8	62	8.0
Total	3048	100.0	910	100.0	278	100.0	776	100.0
données manquantes	186		184		34		77	

	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
Femmes	n	%	n	%	n	%	n	%
Suisse	1192	84.5	248	82.1	80	85.1	162	87.6
EU	165	11.7	43	14.2	11	11.7	13	7.0
autre	53	3.8	11	3.6	3	3.2	10	5.4
Total	1410	100.0	302	100.0	94	100.0	185	100.0
données manquantes	72		49		1		23	

* Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktail (héroïne et cocaïne)

** Cocaïne = cocaïne, crack, freebase

Questions: qmec050 à qmec057

2.3 Tableaux

Tableau 7:
Degré d'urbanisation du lieu de domicile à l'admission, selon le problème principal (2012)

Total	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
grands centres urbains	375	8.4	49	3.8	11	3.5	12	1.2
périphérie des grands centres	593	13.3	48	3.7	30	9.7	74	7.5
villes moyennes	746	16.7	306	23.5	57	18.4	221	22.3
petites villes	1391	31.1	541	41.5	135	43.5	340	34.4
campagne	1368	30.6	359	27.6	77	24.8	342	34.6
Total	4473	100.0	1303	100.0	310	100.0	989	100.0
données manquantes	243		142		97		72	

Hommes	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
grands centres urbains	260	8.5	41	4.1	7	2.8	8	1.0
périphérie des grands centres	395	12.9	38	3.8	23	9.3	56	7.1
villes moyennes	515	16.8	211	21.3	46	18.5	182	23.2
petites villes	973	31.8	420	42.5	112	45.2	270	34.4
campagne	919	30.0	279	28.2	60	24.2	268	34.2
Total	3062	100.0	989	100.0	248	100.0	784	100.0
données manquantes	172		105		64		69	

Femmes	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
grands centres urbains	115	8.2	8	2.5	4	6.5	4	2.0
périphérie des grands centres	198	14.0	10	3.2	7	11.3	18	8.8
villes moyennes	231	16.4	95	30.3	11	17.7	39	19.0
petites villes	418	29.6	121	38.5	23	37.1	70	34.1
campagne	449	31.8	80	25.5	17	27.4	74	36.1
Total	1411	100.0	314	100.0	62	100.0	205	100.0
données manquantes	71		37		33		3	

* Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktail (héroïne et cocaïne)

** Cocaïne = cocaïne, crack, freebase

Question: qmec030

Tableau 8:
Situation de domicile à l'admission, selon le problème principal (2012)

Total	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
domicile fixe	3371	90.6	372	67.6	241	76.0	747	90.2
sans domicile fixe	220	5.9	92	16.7	39	12.3	48	5.8
institution	131	3.5	86	15.6	37	11.7	33	4.0
Total	3722	100.0	550	100.0	317	100.0	828	100.0
données manquantes	994		895		90		233	

Hommes	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
domicile fixe	2305	89.9	279	67.7	183	76.9	591	89.8
sans domicile fixe	155	6.0	61	14.8	27	11.3	39	5.9
institution	104	4.1	72	17.5	28	11.8	28	4.3
Total	2564	100.0	412	100.0	238	100.0	658	100.0
données manquantes	670		682		74		195	

Femmes	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
domicile fixe	1066	92.1	93	67.4	58	73.4	156	91.8
sans domicile fixe	65	5.6	31	22.5	12	15.2	9	5.3
institution	27	2.3	14	10.1	9	11.4	5	2.9
Total	1158	100.0	138	100.0	79	100.0	170	100.0
données manquantes	324		213		16		38	

* Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktail (héroïne et cocaïne)

** Cocaïne = cocaïne, crack, freebase

Période de référence: 6 derniers mois (FOS et Residalc) ou 30 derniers jours (SAMBAD, Méthadone et HeGeBe)

Questions: qmec070 et qmec075

2.3 Tableaux

Tableau 9:
Plus haute formation achevée à l'admission, selon le problème principal (2012)

Total	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
aucune formation achevée	147	4.2	38	3.6	16	4.8	185	21.3
scolarité obligatoire	477	13.5	354	33.1	84	25.3	441	50.9
scolarité complémentaire***	2332	65.9	610	57.1	205	61.7	225	26.0
formations supérieures****	584	16.5	67	6.3	27	8.1	16	1.8
Total	3540	100.0	1069	100.0	332	100.0	867	100.0
données manquantes	1176		376		75		194	

Hommes	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
aucune formation achevée	87	3.6	32	4.0	8	3.3	151	21.9
scolarité obligatoire	304	12.5	252	31.1	56	22.8	343	49.6
scolarité complémentaire***	1622	66.7	477	59.0	161	65.4	183	26.5
formations supérieures****	420	17.3	48	5.9	21	8.5	14	2.0
Total	2433	100.0	809	100.0	246	100.0	691	100.0
données manquantes	801		285		66		162	

Femmes	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
aucune formation achevée	60	5.4	6	2.3	8	9.3	34	19.3
scolarité obligatoire	173	15.6	102	39.2	28	32.6	98	55.7
scolarité complémentaire***	710	64.1	133	51.2	44	51.2	42	23.9
formations supérieures****	164	14.8	19	7.3	6	7.0	2	1.1
Total	1107	100.0	260	100.0	86	100.0	176	100.0
données manquantes	375		91		9		32	

* Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktail (héroïne et cocaïne)

** Cocaïne = cocaïne, crack, freebase

*** Scolarité complémentaire = scolarité complémentaire (1 ou 2 ans), apprentissage ou école professionnelle à plein temps, école préparant à la maturité, école de degré diplôme, école normale

**** Formations supérieures = formation/école professionnelle supérieure, haute école spécialisée, université, haute école

Question: qmec120

Tableau 10:
Source de revenu principale à l'admission, selon le problème principal (2012)

Total	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
salaire	2083	49.6	155	25.3	166	43.5	263	27.2
économies, épargne	99	2.4	5	0.8	8	2.1	4	0.4
rente (AVS, AI, etc.)	650	15.5	93	15.2	44	11.5	56	5.8
aide sociale	674	16.0	246	40.2	90	23.6	108	11.2
assurance- chômage	288	6.9	33	5.4	22	5.8	24	2.5
soutien par partenaire	206	4.9	7	1.1	7	1.8	9	0.9
soutien parents/ proches/amis	99	2.4	19	3.1	20	5.2	486	50.3
deal, combines	3	0.1	27	4.4	10	2.6	2	0.2
autres revenus illégaux	4	0.1	5	0.8	1	0.3	2	0.2
prostitution	4	0.1	2	0.3	0	0.0	0	0.0
autre	93	2.2	20	3.3	14	3.7	13	1.3
Total	4203	100.0	612	100.0	382	100.0	967	100.0
données manquantes	513		833		25		94	

* Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktail (héroïne et cocaïne)

** Cocaïne = cocaïne, crack, freebase

Période de référence: 6 derniers mois (FOS et Residalc) ou 30 derniers jours (SAMBAD, Méthadone et HeGeBe)

Questions: qmec080 et qmec090

2.3 Tableaux

Tableau 10 (suite):

Source de revenu principale à l'admission, selon le problème principal (2012)

Hommes	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
salaire	1552	53.6	120	26.0	142	48.3	213	27.7
économies, épargne	73	2.5	5	1.1	8	2.7	4	0.5
rente (AVS, AI, etc.)	407	14.1	69	14.9	27	9.2	42	5.5
aide sociale	485	16.8	178	38.5	63	21.4	86	11.2
assurance- chômage	204	7.1	27	5.8	19	6.5	19	2.5
soutien par partenaire	32	1.1	4	0.9	4	1.4	5	0.6
soutien parents/ proches/amis	72	2.5	12	2.6	12	4.1	386	50.1
deal, combines	2	0.1	24	5.2	7	2.4	2	0.3
autres revenus illégaux	3	0.1	5	1.1	1	0.3	2	0.3
prostitution	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
autre	63	2.2	18	3.9	11	3.7	11	1.4
Total	2893	100.0	462	100.0	294	100.0	770	100.0
données manquantes	341		632		18		83	

Femmes	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
salaire	531	40.5	35	23.3	24	27.3	50	25.4
économies, épargne	26	2.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
rente (AVS, AI, etc.)	243	18.5	24	16.0	17	19.3	14	7.1
aide sociale	189	14.4	68	45.3	27	30.7	22	11.2
assurance- chômage	84	6.4	6	4.0	3	3.4	5	2.5
soutien par partenaire	174	13.3	3	2.0	3	3.4	4	2.0
soutien parents/ proches/amis	27	2.1	7	4.7	8	9.1	100	50.8
deal, combines	1	0.1	3	2.0	3	3.4	0	0.0
autres revenus illégaux	1	0.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0
prostitution	4	0.3	2	1.3	0	0.0	0	0.0
autre	30	2.3	2	1.3	3	3.4	2	1.0
Total	1310	100.0	150	100.0	88	100.0	197	100.0
données manquantes	172		201		7		11	

* Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktail (héroïne et cocaïne)

** Cocaïne = cocaïne, crack, freebase

Période de référence: 6 derniers mois (FOS et Residalc) ou 30 derniers jours (SAMBAD, Méthadone et HeGeBe)

Questions: qmec080 et qmec090

Tableau 11:
Taux d'activité à l'admission, selon le problème principal (2012)

Total	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
plein temps (dès 70%)	1679	41.5	139	23.5	154	40.7	206	21.3
temps partiel	384	9.5	24	4.1	15	4.0	31	3.2
plusieurs activités occasionnelles	54	1.3	21	3.5	8	2.1	10	1.0
en formation	108	2.7	7	1.2	15	4.0	488	50.4
sans activité professionnelle	902	22.3	206	34.8	84	22.2	84	8.7
sans travail, en quête d'emploi	605	15.0	123	20.8	58	15.3	84	8.7
sans travail, futur emploi garanti	14	0.3	1	0.2	3	0.8	5	0.5
autre	296	7.3	71	12.0	41	10.8	61	6.3
Total	4042	100.0	592	100.0	378	100.0	969	100.0
données manquantes	674		853		29		92	

* Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktail (héroïne et cocaïne)

** Cocaïne = cocaïne, crack, freebase

Période de référence: 6 derniers mois (FOS et Residalc) ou 30 derniers jours (SAMBAD, Méthadone et HeGeBe)

Questions: qmec100 et qmec110

2.3 Tableaux

Tableau 11 (suite):

Taux d'activité à l'admission, selon le problème principal (2012)

Hommes	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
plein temps (dès 70%)	1334	48.0	113	25.2	135	46.4	178	23.1
temps partiel	152	5.5	16	3.6	6	2.1	16	2.1
plusieurs activités occasionnelles	42	1.5	14	3.1	5	1.7	5	0.6
en formation	72	2.6	4	0.9	11	3.8	382	49.5
sans activité professionnelle	516	18.6	152	33.9	54	18.6	64	8.3
sans travail, en quête d'emploi	427	15.4	98	21.8	48	16.5	71	9.2
sans travail, futur emploi garanti	14	0.5	1	0.2	3	1.0	5	0.6
autre	223	8.0	51	11.4	29	10.0	50	6.5
Total	2780	100.0	449	100.0	291	100.0	771	100.0
données manquantes	454		645		21		82	

Femmes	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
plein temps (dès 70%)	345	27.3	26	18.2	19	21.8	28	14.1
temps partiel	232	18.4	8	5.6	9	10.3	15	7.6
plusieurs activités occasionnelles	12	1.0	7	4.9	3	3.4	5	2.5
en formation	36	2.9	3	2.1	4	4.6	106	53.5
sans activité professionnelle	386	30.6	54	37.8	30	34.5	20	10.1
sans travail, en quête d'emploi	178	14.1	25	17.5	10	11.5	13	6.6
sans travail, futur empl. garanti	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
autre	73	5.8	20	14.0	12	13.8	11	5.6
Total	1262	100.0	143	100.0	87	100.0	198	100.0
données manquantes	220		208		8		10	

* Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktail (héroïne et cocaïne)

** Cocaïne = cocaïne, crack, freebase

Période de référence: 6 derniers mois (FOS et Residalc) ou 30 derniers jours (SAMBAD, Méthadone et HeGeBe)

Questions: qmec100 et qmec110

Tableau 12:
Traitements/prises en charge avant l'admission, selon le problème principal (2012)

Total	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
oui	2605	64.2	532	89.3	265	71.4	237	26.0
non	1450	35.8	64	10.7	106	28.6	674	74.0
Total	4055	100.0	596	100.0	371	100.0	911	100.0
données manquantes	661		849		36		150	

Hommes	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
oui	1756	62.9	398	88.6	196	68.8	192	26.4
non	1035	37.1	51	11.4	89	31.2	536	73.6
Total	2791	100.0	449	100.0	285	100.0	728	100.0
données manquantes	443		645		27		125	

Femmes	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
oui	849	67.2	134	91.2	69	80.2	45	24.6
non	415	32.8	13	8.8	17	19.8	138	75.4
Total	1264	100.0	147	100.0	86	100.0	183	100.0
données manquantes	218		204		9		25	

* Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktail (héroïne et cocaïne)

** Cocaïne = cocaïne, crack, freebase

Question: qmeb050

2.3 Tableaux

Tableau 13:
Type de prises en charge avant l'admission, selon le problème principal (2012)

Filtre ¹	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
Total	n	%	n	%	n	%	n	%
traitement avec prescription d'héroïne	30	1.3	44	9.2	8	3.5	2	1.0
substitution (méthadone, Subutex®...)	157	6.7	371	77.6	81	35.4	12	6.3
autre traitem. médic. des dépendances	281	12.0	64	13.4	23	10.0	6	3.1
prise en charge amb.	1606	68.3	259	54.2	151	65.9	152	79.6
traitement résidentiel	1213	51.6	260	54.4	118	51.5	49	25.7
sevrage	1382	58.8	317	66.3	143	62.4	49	25.7
groupe d'entraide	249	10.6	32	6.7	11	4.8	9	4.7
autre(s)	75	3.2	9	1.9	16	7.0	11	5.8
N	2351		478		229		191	
données manquantes	254		54		36		46	

Plusieurs réponses possibles
¹ Seulement en cas d'expérience de traitement antérieure
* Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktail (héroïne et cocaïne)
** Cocaïne = cocaïne, crack, freebase
Question: qmeb060

Tableau 13 (suite):

Type de prises en charge avant l'admission, selon le problème principal (2012)

Filtre ¹	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
Hommes	n	%	n	%	n	%	n	%
traitement avec prescription d'héroïne	22	1.4	31	8.8	5	3.0	2	1.3
substitution (méthadone, Subutex®...)	111	7.0	274	77.8	57	34.5	11	7.0
autre traitem. médic. des dépendances	191	12.1	43	12.2	17	10.3	4	2.5
prise en charge amb.	1060	66.9	188	53.4	109	66.1	122	77.7
traitement résidentiel	806	50.9	197	56.0	82	49.7	43	27.4
sevrage	919	58.0	223	63.4	100	60.6	43	27.4
groupe d'entraide	155	9.8	24	6.8	9	5.5	8	5.1
autre(s)	42	2.7	5	1.4	11	6.7	10	6.4
N	1584		352		165		157	
données manquantes	172		46		31		35	

Filtre ¹	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
Femmes	n	%	n	%	n	%	n	%
traitement avec prescription d'héroïne	8	1.0	13	10.3	3	4.7	0	0.0
substitution (méthadone, Subutex®...)	46	6.0	97	77.0	24	37.5	1	2.9
autre traitem. médic. des dépendances	90	11.7	21	16.7	6	9.4	2	5.9
prise en charge amb.	546	71.2	71	56.3	42	65.6	30	88.2
traitement résidentiel	407	53.1	63	50.0	36	56.3	6	17.6
sevrage	463	60.4	94	74.6	43	67.2	6	17.6
groupe d'entraide	94	12.3	8	6.3	2	3.1	1	2.9
autre(s)	33	4.3	4	3.2	5	7.8	1	2.9
N	767		126		64		34	
données manquantes	82		8		5		11	

Plusieurs réponses possibles

¹ Seulement en cas d'expérience de traitement antérieure

* Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktail (héroïne et cocaïne)

** Cocaïne = cocaïne, crack, freebase

Question: qmeb060

2.3 Tableaux

Tableau 14:
Principale instance d'envoi, selon le problème principal (admissions 2012)

Total	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
initiative personnelle	1726	39.7	301	46.3	177	45.9	213	21.4
conjoint-e/partenaire	202	4.6	14	2.2	9	2.3	11	1.1
famille	201	4.6	23	3.5	23	6.0	93	9.3
ami-e-s/collègues/ connaissances	76	1.7	18	2.8	11	2.8	14	1.4
instit. ambulatoire (dépendances)	129	3.0	34	5.2	11	2.8	13	1.3
instit. résidentielle (dépendances)	211	4.8	61	9.4	34	8.8	11	1.1
cabinet médical	350	8.0	38	5.8	15	3.9	31	3.1
hôpital/clinique	442	10.2	24	3.7	16	4.1	21	2.1
services sociaux	251	5.8	51	7.8	23	6.0	42	4.2
condamnation/ mesure pénale, adm.	496	11.4	71	10.9	55	14.2	432	43.4
employeur	152	3.5	3	0.5	2	0.5	20	2.0
enseignant-e	15	0.3	1	0.2	0	0.0	40	4.0
autre	101	2.3	11	1.7	10	2.6	55	5.5
Total	4352	100.0	650	100.0	386	100.0	996	100.0
données manquantes	364		795		21		65	

* Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktail (héroïne et cocaïne)

** Cocaïne = cocaïne, crack, freebase

Question: qmeb080

Tableau 14 (suite):

Principale instance d'envoi, selon le problème principal (admissions 2012)

Hommes	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
initiative personnelle	1127	37.7	228	46.2	145	48.8	170	21.3
conjoint-e/partenaire	157	5.3	11	2.2	9	3.0	11	1.4
famille	114	3.8	17	3.4	18	6.1	75	9.4
ami-e-s/collègues/ connaissances	41	1.4	12	2.4	8	2.7	9	1.1
institut. ambulatoire (dépendances)	83	2.8	26	5.3	9	3.0	8	1.0
institut. résidentielle (dépendances)	141	4.7	46	9.3	22	7.4	11	1.4
cabinet médical	232	7.8	33	6.7	7	2.4	22	2.8
hôpital/clinique	287	9.6	15	3.0	13	4.4	17	2.1
services sociaux	183	6.1	30	6.1	9	3.0	33	4.1
condamnation/ mesure pénale, adm.	421	14.1	61	12.3	48	16.2	355	44.4
employeur	129	4.3	3	0.6	0	0.0	17	2.1
enseignant-e	4	0.1	1	0.2	0	0.0	31	3.9
autre	70	2.3	11	2.2	9	3.0	40	5.0
Total	2989	100.0	494	100.0	297	100.0	799	100.0
données manquantes	245		600		15		54	

Femmes	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
initiative personnelle	599	43.9	73	46.8	32	36.0	43	21.8
conjoint-e/partenaire	45	3.3	3	1.9	0	0.0	0	0.0
famille	87	6.4	6	3.8	5	5.6	18	9.1
ami-e-s/collègues/ connaissances	35	2.6	6	3.8	3	3.4	5	2.5
institut. ambulatoire (dépendances)	46	3.4	8	5.1	2	2.2	5	2.5
institut. résidentielle (dépendances)	70	5.1	15	9.6	12	13.5	0	0.0
cabinet médical	118	8.7	5	3.2	8	9.0	9	4.6
hôpital/clinique	155	11.4	9	5.8	3	3.4	4	2.0
services sociaux	68	5.0	21	13.5	14	15.7	9	4.6
condamnation/ mesure pénale, adm.	75	5.5	10	6.4	7	7.9	77	39.1
employeur	23	1.7	0	0.0	2	2.2	3	1.5
enseignant-e	11	0.8	0	0.0	0	0.0	9	4.6
autre	31	2.3	0	0.0	1	1.1	15	7.6
Total	1363	100.0	156	100.0	89	100.0	197	100.0
données manquantes	119		195		6		11	

* Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktail (héroïne et cocaïne)

** Cocaïne = cocaïne, crack, freebase

Question: qmeb080

2.3 Tableaux

Tableau 15:
Fréquence de consommation avant l'admission, selon le problème principal (2012)

Total	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
jamais	219	6.5	60	15.3	27	11.9	48	6.5
1 jour par semaine ou moins	237	7.0	42	10.7	51	22.6	210	28.3
2 à 3 jours par sem.	522	15.4	46	11.7	55	24.3	140	18.9
4 à 6 jours par sem.	426	12.6	36	9.2	36	15.9	73	9.8
1 fois par jour	328	9.7	60	15.3	13	5.8	48	6.5
plusieurs fois par jour	1660	48.9	148	37.8	44	19.5	223	30.1
Total	3392	100.0	392	100.0	226	100.0	742	100.0
données manquantes	1324		1053		181		319	

Hommes	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
jamais	161	6.9	47	15.9	24	13.9	44	7.5
1 jour par semaine ou moins	160	6.8	31	10.5	42	24.3	165	28.3
2 à 3 jours par sem.	349	14.9	32	10.8	44	25.4	107	18.4
4 à 6 jours par sem.	294	12.6	27	9.2	24	13.9	56	9.6
1 fois par jour	214	9.1	42	14.2	8	4.6	39	6.7
plusieurs fois par jour	1163	49.7	116	39.3	31	17.9	172	29.5
Total	2341	100.0	295	100.0	173	100.0	583	100.0
données manquantes	893		799		139		270	

Femmes	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
jamais	58	5.5	13	13.4	3	5.7	4	2.5
1 jour par semaine ou moins	77	7.3	11	11.3	9	17.0	45	28.3
2 à 3 jours par sem.	173	16.5	14	14.4	11	20.8	33	20.8
4 à 6 jours par sem.	132	12.6	9	9.3	12	22.6	17	10.7
1 fois par jour	114	10.8	18	18.6	5	9.4	9	5.7
plusieurs fois par jour	497	47.3	32	33.0	13	24.5	51	32.1
Total	1051	100.0	97	100.0	53	100.0	159	100.0
données manquantes	431		254		42		49	

* Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktail (héroïne et cocaïne)

** Cocaïne = cocaïne, crack, freebase

Période de référence: 6 derniers mois (FOS, Residalc et SAMBAD) ou 30 derniers jours (Méthadone et HeGeBe)

Questions: qmed020 et qmed025

Tableau 16:

Âge lors de la première consommation de la principale substance posant problème (admissions 2012)

	Alcool	Opiacés*	Cocaïne**	Cannabis
Total				
moyenne	16.6	19.9	20.3	14.8
écart-type	4.2	5.6	5.4	2.2
1 ^{er} quartile	14.0	16.0	16.0	14.0
valeur médiane	16.0	19.0	19.0	15.0
3 ^e quartile	18.0	22.0	23.0	16.0
N	2428	470	267	776
données manquantes	2288	975	140	285

	Alcool	Opiacés*	Cocaïne**	Cannabis
Hommes				
moyenne	16.1	20.2	20.3	14.8
écart-type	3.5	5.5	5.2	2.2
1 ^{er} quartile	14.0	17.0	17.0	14.0
valeur médiane	16.0	19.0	19.0	15.0
3 ^e quartile	17.0	22.0	22.0	16.0
N	1699	354	200	615
données manquantes	1535	740	112	238

	Alcool	Opiacés*	Cocaïne**	Cannabis
Femmes				
moyenne	17.8	18.9	20.5	14.8
écart-type	5.4	5.8	6.3	1.9
1 ^{er} quartile	15.0	15.0	16.0	14.0
valeur médiane	17.0	18.0	19.0	15.0
3 ^e quartile	20.0	22.0	24.0	16.0
N	729	116	67	161
données manquantes	753	235	28	47

* Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktail (héroïne et cocaïne)

** Cocaïne = cocaïne, crack, freebase

Question: qmed040

2.3 Tableaux

Tableau 17:
Âge au début de la consommation régulière de la principale substance posant problème (admissions 2012)

	Alcool	Opiacés*	Cocaïne**	Cannabis
Total				
moyenne	24.4	21.4	22.6	16.1
écart-type	9.2	5.9	6.3	3.2
1 ^{er} quartile	18.0	18.0	18.0	15.0
valeur médiane	20.0	20.0	21.0	16.0
3 ^e quartile	30.0	24.0	25.0	17.0
N	2477	455	257	655
données manquantes	2239	990	150	406

	Alcool	Opiacés*	Cocaïne**	Cannabis
Hommes				
moyenne	22.9	21.8	22.6	16.0
écart-type	8.2	5.9	6.0	3.0
1 ^{er} quartile	18.0	18.0	18.0	15.0
valeur médiane	20.0	20.0	21.0	16.0
3 ^e quartile	25.0	24.0	25.0	17.0
N	1729	344	194	521
données manquantes	1505	750	118	332

	Alcool	Opiacés*	Cocaïne**	Cannabis
Femmes				
moyenne	27.8	20.4	22.7	16.3
écart-type	10.5	5.7	7.0	3.6
1 ^{er} quartile	20.0	17.0	18.0	15.0
valeur médiane	25.0	19.0	20.0	15.5
3 ^e quartile	35.0	23.0	27.0	17.0
N	748	111	63	134
données manquantes	734	240	32	74

* Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktail (héroïne et cocaïne)
** Cocaïne = cocaïne, crack, freebase
Question: qmed050

Tableau 18:

Âge au début de la consommation problématique de la principale substance posant problème (admissions 2012)

	Alcool	Opiacés*	Cocaïne**	Cannabis
Total				
moyenne	33.8	22.1	24.1	16.8
écart-type	12.1	6.1	6.7	3.6
1 ^{er} quartile	24.0	18.0	20.0	15.0
valeur médiane	33.0	21.0	22.0	16.0
3 ^e quartile	42.0	25.0	27.0	17.0
N	2286	394	239	621
données manquantes	2430	1051	168	440

	Alcool	Opiacés*	Cocaïne**	Cannabis
Hommes				
moyenne	32.8	22.5	24.2	16.9
écart-type	12.0	6.1	6.5	3.7
1 ^{er} quartile	23.0	18.0	20.0	15.0
valeur médiane	30.0	21.0	23.0	16.0
3 ^e quartile	40.0	25.0	28.0	17.0
N	1552	291	179	492
données manquantes	1682	803	133	361

	Alcool	Opiacés*	Cocaïne**	Cannabis
Femmes				
moyenne	35.8	21.2	23.8	16.6
écart-type	12.2	5.9	7.3	3.1
1 ^{er} quartile	26.0	17.0	19.5	15.0
valeur médiane	36.0	20.0	22.0	16.0
3 ^e quartile	45.0	24.0	27.0	17.0
N	734	103	60	129
données manquantes	748	248	35	79

* Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktail (héroïne et cocaïne)

** Cocaïne = cocaïne, crack, freebase

Question: qmed060

2.3 Tableaux

Tableau 19:
Autres problèmes addictifs à l'admission, selon le problème principal (2012)

Total	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
aucun	1642	48.7	108	21.2	61	18.0	348	42.0
alcool	-		149	29.2	142	41.9	209	25.2
opiacés*	163	4.8	-		92	27.1	22	2.7
cocaïne**	222	6.6	230	45.1	-		64	7.7
stimulants	85	2.5	62	12.2	70	20.6	60	7.2
médicaments***	208	6.2	136	26.7	48	14.2	7	0.8
hallucinogènes	30	0.9	29	5.7	32	9.4	19	2.3
cannabis	394	11.7	153	30.0	125	36.9	-	
tabac	1361	40.4	201	39.4	149	44.0	343	41.4
substances volatiles	6	0.2	1	0.2	7	2.1	2	0.2
autre(s) substance(s)	12	0.4	3	0.6	4	1.2	7	0.8
troubles assimilables à une addiction	94	2.8	17	3.3	12	3.5	18	2.2
N	3372		510		339		828	
données manquantes	1344		935		68		233	

Plusieurs réponses possibles

* Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktail (héroïne et cocaïne)

** Cocaïne = cocaïne, crack, freebase

*** Médicaments = barbituriques, benzodiazépines, autres somnifères et tranquillisants

Question: qmed070

Tableau 19 (suite):

Autres problèmes addictifs à l'admission, selon le problème principal (2012)

Hommes	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
aucun	1136	48.5	76	20.0	48	18.5	275	41.8
alcool	-		118	31.1	109	42.1	165	25.1
opiacés*	119	5.1	-		69	26.6	19	2.9
cocaïne**	177	7.6	169	44.5	-		51	7.8
stimulants	67	2.9	50	13.2	50	19.3	42	6.4
médicaments***	119	5.1	99	26.1	38	14.7	5	0.8
hallucinogènes	25	1.1	20	5.3	26	10.0	15	2.3
cannabis	316	13.5	111	29.2	97	37.5	-	
tabac	937	40.0	144	37.9	115	44.4	271	41.2
substances volatiles	5	0.2	1	0.3	7	2.7	1	0.2
autre(s) substance(s)	9	0.4	3	0.8	4	1.5	5	0.8
troubles assimilables à une addiction	43	1.8	9	2.4	5	1.9	15	2.3
N	2343		380		259		658	
données manquantes	891		714		53		195	

Femmes	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
aucun	506	49.2	32	24.6	13	16.3	73	42.9
alcool	-		31	23.8	33	41.3	44	25.9
opiacés*	44	4.3	-		23	28.8	3	1.8
cocaïne**	45	4.4	61	46.9	-		13	7.6
stimulants	18	1.7	12	9.2	20	25.0	18	10.6
médicaments***	89	8.6	37	28.5	10	12.5	2	1.2
hallucinogènes	5	0.5	9	6.9	6	7.5	4	2.4
cannabis	78	7.6	42	32.3	28	35.0	-	
tabac	424	41.2	57	43.8	34	42.5	72	42.4
substances volatiles	1	0.1	0	0.0	0	0.0	1	0.6
autre(s) substance(s)	3	0.3	0	0.0	0	0.0	2	1.2
troubles assimilables à une addiction	51	5.0	8	6.2	7	8.8	3	1.8
N	1029		130		80		170	
données manquantes	453		221		15		38	

Plusieurs réponses possibles

* Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktail (héroïne et cocaïne)

** Cocaïne = cocaïne, crack, freebase

*** Médicaments = barbituriques, benzodiazépines, autres somnifères et tranquillisants

Question: qmed070

2.3 Tableaux

Tableau 20:
Injection de drogues illégales au cours de la vie, selon le problème principal (admissions 2012)

Total	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
oui	232	7.1	361	70.2	98	32.7	18	2.2
non	3045	92.9	153	29.8	202	67.3	796	97.8
Total	3277	100.0	514	100.0	300	100.0	814	100.0
données manquantes	1439		931		107		247	

Hommes	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
oui	163	7.2	277	70.7	69	30.0	15	2.3
non	2094	92.8	115	29.3	161	70.0	632	97.7
Total	2257	100.0	392	100.0	230	100.0	647	100.0
données manquantes	977		702		82		206	

Femmes	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
oui	69	6.8	84	68.9	29	41.4	3	1.8
non	951	93.2	38	31.1	41	58.6	164	98.2
Total	1020	100.0	122	100.0	70	100.0	167	100.0
données manquantes	462		229		25		41	

* Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktail (héroïne et cocaïne)
** Cocaïne = cocaïne, crack, freebase
Question: qmed090

Tableau 21:
Âge lors de la première injection, selon le problème principal (admissions 2012)

Filtre ¹	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
Total	n	%	n	%	n	%	n	%
jusqu'à 14 ans	13	9.2	14	4.9	4	5.4	1	10.0
15-19	49	34.8	113	39.6	21	28.4	2	20.0
20-24	50	35.5	91	31.9	28	37.8	6	60.0
25-29	20	14.2	41	14.4	15	20.3	0	0.0
30-34	6	4.3	17	6.0	5	6.8	1	10.0
35-39	1	0.7	5	1.8	1	1.4	0	0.0
40 et plus	2	1.4	4	1.4	0	0.0	0	0.0
Total	141	100.0	285	100.0	74	100.0	10	100.0
données manquantes	91		76		24		8	

Filtre ¹	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
Hommes	n	%	n	%	n	%	n	%
jusqu'à 14 ans	5	4.8	7	3.2	1	1.9	1	11.1
15-19	39	37.1	82	37.1	15	28.3	1	11.1
20-24	41	39.0	74	33.5	20	37.7	6	66.7
25-29	14	13.3	36	16.3	11	20.8	0	0.0
30-34	4	3.8	14	6.3	5	9.4	1	11.1
35-39	1	1.0	5	2.3	1	1.9	0	0.0
ab 40 Jahre	1	1.0	3	1.4	0	0.0	0	0.0
Total	105	100.0	221	100.0	53	100.0	9	100.0
données manquantes	58		56		16		6	

Filtre ¹	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
Femmes	n	%	n	%	n	%	n	%
jusqu'à 14 ans	8	22.2	7	10.9	3	14.3	0	0.0
15-19	10	27.8	31	48.4	6	28.6	1	100.0
20-24	9	25.0	17	26.6	8	38.1	0	0.0
25-29	6	16.7	5	7.8	4	19.0	0	0.0
30-34	2	5.6	3	4.7	0	0.0	0	0.0
35-39	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
40 et plus	1	2.8	1	1.6	0	0.0	0	0.0
Total	36	100.0	64	100.0	21	100.0	1	100.0
données manquantes	33		20		8		2	

¹ Seulement en cas d'injection au cours de la vie

* Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktail (héroïne et cocaïne)

** Cocaïne = cocaïne, crack, freebase

Question: qmed096

2.3 Tableaux

Tableau 22:
Injection au cours des 6 mois précédant l'admission, selon le problème principal (2012)

	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Total								
oui	40	1.2	210	46.4	70	24.1	3	0.4
non	3239	98.8	243	53.6	221	75.9	809	99.6
Total	3279	100.0	453	100.0	291	100.0	812	100.0
données manquantes	1437		992		116		249	

	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hommes								
oui	27	1.2	158	45.8	57	25.3	2	0.3
non	2232	98.8	187	54.2	168	74.7	644	99.7
Total	2259	100.0	345	100.0	225	100.0	646	100.0
données manquantes	975		749		87		207	

	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Femmes								
oui	13	1.3	52	48.1	13	19.7	1	0.6
non	1007	98.7	56	51.9	53	80.3	165	99.4
Total	1020	100.0	108	100.0	66	100.0	166	100.0
données manquantes	462		243		29		42	

* Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktail (héroïne et cocaïne)

** Cocaïne = cocaïne, crack, freebase

Question: qmed091

Tableau 23:

Echange de matériel d'injection au cours des 6 mois précédant l'admission, selon le problème principal (2012)

Filtre ¹	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
Total	n	%	n	%	n	%	n	%
oui	1	3.8	9	7.4	3	13.0	1	100.0
non	25	96.2	113	92.6	20	87.0	0	0.0
Total	26	100.0	122	100.0	23	100.0	1	100.0
données manquantes	14		88		47		2	

Filtre ¹	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
Hommes	n	%	n	%	n	%	n	%
oui	1	5.3	4	4.4	2	10.5	1	100.0
non	18	94.7	86	95.6	17	89.5	0	0.0
Total	19	100.0	90	100.0	19	100.0	1	100.0
données manquantes	8		68		38		1	

Filtre ¹	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
Femmes	n	%	n	%	n	%	n	%
oui	0	0.0	5	15.6	1	25.0	0	-
non	7	100.0	27	84.4	3	75.0	0	-
Total	7	100.0	32	100.0	4	100.0	0	-
données manquantes	6		20		9		1	

¹ Seulement en cas d'injection durant les 6 mois précédents

* Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktail (héroïne et cocaïne)

** Cocaïne = cocaïne, crack, freebase

Question: qmed092

2.3 Tableaux

Tableau 24:
Problème principal selon le sexe (sorties 2012)

	Hommes		Femmes		Toutes sorties	
	n	%	n	%	n	%
alcool	3347	61.8	1481	65.7	4828	62.9
cocktail (héroïne et cocaïne)	40	0.7	13	0.6	53	0.7
héroïne	468	8.6	146	6.5	614	8.0
méthadone	36	0.7	11	0.5	47	0.6
autres opiacés (p. ex. morphine)	14	0.3	8	0.4	22	0.3
cocaïne	336	6.2	82	3.6	418	5.4
crack, freebase	5	0.1	3	0.1	8	0.1
amphétamines	32	0.6	13	0.6	45	0.6
MDMA et substances similaires (ecstasy)	23	0.4	9	0.4	32	0.4
autres stimulants (p.ex. khat)	3	0.1	4	0.2	7	0.1
barbituriques	0	0.0	0	0.0	0	0.0
benzodiazépines	43	0.8	33	1.5	76	1.0
autres somnifères et tranquillisants	7	0.1	7	0.3	14	0.2
LSD	4	0.1	0	0.0	4	0.1
autres hallucinogènes	0	0.0	0	0.0	0	0.0
cannabis	766	14.1	179	7.9	945	12.3
tabac	79	1.5	66	2.9	145	1.9
substances volatiles	1	0.0	0	0.0	1	0.0
autre substance	35	0.6	16	0.7	51	0.7
jeu pathologique	90	1.7	17	0.8	107	1.4
troubles alimentaires	7	0.1	137	6.1	144	1.9
autres comportements de type addictif	80	1.5	29	1.3	109	1.4
Total	5416	100.0	2254	100.0	7670	100.0
données manquantes	121		42		163	

Le problème principal est déterminé au moment de l'admission
Questions: qmed009 et qmed010 du questionnaire d'entrée

Tableau 25:
Répartition des hommes et des femmes à la sortie, selon le problème principal (2012)

	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
hommes	3347	69.3	558	75.8	341	80.0	766	81.1
femmes	1481	30.7	178	24.2	85	20.0	179	18.9
Total	4828	100.0	736	100.0	426	100.0	945	100.0
données manquantes	0		0		0		0	

Le problème principal est déterminé au moment de l'admission
* Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktail (héroïne et cocaïne)
** Cocaïne = cocaïne, crack, freebase
Question: qmac001

Tableau 26:
Distribution des âges à la sortie, selon le problème principal (2012)

Total	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
jusqu'à 14 ans	3	0.1	0	0.0	1	0.2	11	1.2
15-19	64	1.3	6	0.8	10	2.3	497	52.6
20-24	136	2.8	81	11.0	76	17.8	168	17.8
25-29	302	6.3	131	17.8	89	20.9	122	12.9
30-34	422	8.8	151	20.6	95	22.3	56	5.9
35-39	450	9.4	147	20.0	62	14.6	44	4.7
40-44	691	14.4	119	16.2	54	12.7	19	2.0
45-49	769	16.0	61	8.3	24	5.6	16	1.7
50-54	698	14.5	25	3.4	9	2.1	6	0.6
55-59	576	12.0	10	1.4	5	1.2	3	0.3
60-64	335	7.0	3	0.4	1	0.2	1	0.1
65-69	217	4.5	0	0.0	0	0.0	1	0.1
70-74	91	1.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0
75 et plus	44	0.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	4798	100.0	734	100.0	426	100.0	944	100.0
données manquantes	30		2		0		1	

Le problème principal est déterminé au moment de l'admission

* Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktail (héroïne et cocaïne)

** Cocaïne = cocaïne, crack, freebase

Question: qmac005

2.3 Tableaux

Tableau 26 (suite):

Distribution des âges à la sortie, selon le problème principal (2012)

Hommes	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
jusqu'à 14 ans	3	0.1	0	0.0	0	0.0	11	1.4
15-19	47	1.4	4	0.7	5	1.5	400	52.3
20-24	107	3.2	49	8.8	54	15.8	133	17.4
25-29	236	7.1	96	17.3	66	19.4	103	13.5
30-34	330	9.9	115	20.7	86	25.2	46	6.0
35-39	327	9.8	120	21.6	52	15.2	38	5.0
40-44	487	14.6	95	17.1	48	14.1	13	1.7
45-49	503	15.1	45	8.1	20	5.9	13	1.7
50-54	455	13.6	21	3.8	6	1.8	4	0.5
55-59	390	11.7	9	1.6	3	0.9	2	0.3
60-64	210	6.3	2	0.4	1	0.3	1	0.1
65-69	149	4.5	0	0.0	0	0.0	1	0.1
70-74	61	1.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0
75 et plus	29	0.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	3334	100.0	556	100.0	341	100.0	765	100.0
données manquantes	13		2		0		1	

Femmes	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
jusqu'à 14 ans	0	0.0	0	0.0	1	1.2	0	0.0
15-19	17	1.2	2	1.1	5	5.9	97	54.2
20-24	29	2.0	32	18.0	22	25.9	35	19.6
25-29	66	4.5	35	19.7	23	27.1	19	10.6
30-34	92	6.3	36	20.2	9	10.6	10	5.6
35-39	123	8.4	27	15.2	10	11.8	6	3.4
40-44	204	13.9	24	13.5	6	7.1	6	3.4
45-49	266	18.2	16	9.0	4	4.7	3	1.7
50-54	243	16.6	4	2.2	3	3.5	2	1.1
55-59	186	12.7	1	0.6	2	2.4	1	0.6
60-64	125	8.5	1	0.6	0	0.0	0	0.0
65-69	68	4.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0
70-74	30	2.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
75 et plus	15	1.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	1464	100.0	178	100.0	85	100.0	179	100.0
données manquantes	17		0		0		0	

Le problème principal est déterminé au moment de l'admission

* Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktail (héroïne et cocaïne)

** Cocaïne = cocaïne, crack, freebase

Question: qmac005

Tableau 27:
Âge à la sortie, selon le problème principal (2012)

	Alcool	Opiacés*	Cocaïne **	Cannabis
Total				
moyenne	46.3	34.9	32.4	22.5
écart-type	12.5	8.5	8.6	8.1
1 ^{er} quartile	38.0	28.0	26.0	17.0
valeur médiane	47.0	34.0	31.0	19.0
3 ^e quartile	55.0	41.0	39.0	25.0
N	4798	734	426	944
données manquantes	30	2	0	1

	Alcool	Opiacés*	Cocaïne **	Cannabis
Hommes				
moyenne	45.6	35.5	32.9	22.5
écart-type	12.6	8.4	8.2	8.0
1 ^{er} quartile	36.0	29.0	27.0	17.0
valeur médiane	46.0	35.0	32.0	19.0
3 ^e quartile	55.0	41.0	39.0	26.0
N	3334	556	341	765
données manquantes	13	2	0	1

	Alcool	Opiacés*	Cocaïne **	Cannabis
Femmes				
moyenne	47.9	33.2	30.5	22.4
écart-type	11.9	8.8	9.8	8.4
1 ^{er} quartile	40.0	26.0	22.0	17.0
valeur médiane	48.0	32.0	28.0	19.0
3 ^e quartile	56.0	40.0	38.0	25.0
N	1464	178	85	179
données manquantes	17	0	0	0

Le problème principal est déterminé au moment de l'admission

* Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktail (héroïne et cocaïne)

** Cocaïne = cocaïne, crack, freebase

Question: qmac005

2.3 Tableaux

Tableau 28:
Raison principale de la fin de la prise en charge, selon le problème principal (sorties 2012)

Total	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
fin régulière sans transfert	2284	47.7	177	27.0	159	37.8	555	59.2
fin régulière avec transfert	735	15.3	98	15.0	45	10.7	49	5.2
changement domicile	72	1.5	35	5.3	9	2.1	19	2.0
hospitalisation	48	1.0	10	1.5	8	1.9	6	0.6
détention	7	0.1	11	1.7	7	1.7	3	0.3
perte de contact	911	19.0	163	24.9	106	25.2	205	21.9
rupture explicite	571	11.9	134	20.5	82	19.5	77	8.2
décès	69	1.4	12	1.8	0	0.0	1	0.1
autre raison	92	1.9	15	2.3	5	1.2	23	2.5
Total	4789	100.0	655	100.0	421	100.0	938	100.0
données manquantes	39		81		5		7	

Le problème principal est déterminé au moment de l'admission
* Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktail (héroïne et cocaïne)
** Cocaïne = cocaïne, crack, freebase
Question: qmab040

Tableau 28 (suite):

Raison principale de la fin de la prise en charge, selon le problème principal (sorties 2012)

Hommes	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
fin régulière sans transfert	1587	47.8	132	27.0	128	38.0	445	58.6
fin régulière avec transfert	501	15.1	74	15.2	31	9.2	40	5.3
changement domicile	53	1.6	26	5.3	7	2.1	14	1.8
hospitalisation	29	0.9	7	1.4	6	1.8	5	0.7
détention	7	0.2	11	2.3	7	2.1	3	0.4
perte de contact	644	19.4	119	24.4	91	27.0	164	21.6
rupture explicite	389	11.7	97	19.9	63	18.7	68	8.9
décès	51	1.5	8	1.6	0	0.0	1	0.1
autre raison	59	1.8	14	2.9	4	1.2	20	2.6
Total	3320	100.0	488	100.0	337	100.0	760	100.0
données manquantes	27		70		4		6	

Femmes	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
fin régulière sans transfert	697	47.4	45	26.9	31	36.9	110	61.8
fin régulière avec transfert	234	15.9	24	14.4	14	16.7	9	5.1
changement domicile	19	1.3	9	5.4	2	2.4	5	2.8
hospitalisation	19	1.3	3	1.8	2	2.4	1	0.6
détention	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
perte de contact	267	18.2	44	26.3	15	17.9	41	23.0
rupture explicite	182	12.4	37	22.2	19	22.6	9	5.1
décès	18	1.2	4	2.4	0	0.0	0	0.0
autre raison	33	2.2	1	0.6	1	1.2	3	1.7
Total	1469	100.0	167	100.0	84	100.0	178	100.0
données manquantes	12		11		1		1	

Le problème principal est déterminé au moment de l'admission

* Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktail (héroïne et cocaïne)

** Cocaïne = cocaïne, crack, freebase

Question: qmab040

2.3 Tableaux

Tableau 29:

Raison principale de la fin de la prise en charge: destination des transferts, selon le problème principal (sorties 2012)

Filtre ¹	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
Total	n	%	n	%	n	%	n	%
traitement résidentiel	61	9.5	18	26.9	8	26.7	7	24.1
prise en charge ambulatoire	471	73.1	30	44.8	16	53.3	15	51.7
appartement protégé	29	4.5	10	14.9	3	10.0	3	10.3
autre institution spécialisée	83	12.9	9	13.4	3	10.0	4	13.8
Total	644	100.0	67	100.0	30	100.0	29	100.0
données manquantes	91		31		15		20	

Filtre ¹	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
Hommes	n	%	n	%	n	%	n	%
traitement résidentiel	38	8.7	13	26.5	6	28.6	6	25.0
prise en charge ambulatoire	314	71.5	21	42.9	10	47.6	12	50.0
appartement protégé	26	5.9	7	14.3	3	14.3	3	12.5
autre institution spécialisée	61	13.9	8	16.3	2	9.5	3	12.5
Total	439	100.0	49	100.0	21	100.0	24	100.0
données manquantes	62		25		10		16	

Filtre ¹	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
Femmes	n		n		n		n	
traitement résidentiel	23	11.2	5	27.8	2	22.2	1	20.0
prise en charge ambulatoire	157	76.6	9	50.0	6	66.7	3	60.0
appartement protégé	3	1.5	3	16.7	0	0.0	0	0.0
autre institution spécialisée	22	10.7	1	5.6	1	11.1	1	20.0
Total	205	100.0	18	100.0	9	100.0	5	100.0
données manquantes	29		6		5		4	

Le problème principal est déterminé au moment de l'admission

¹ Seulement en cas de fin régulière avec transfert

* Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktail (héroïne et cocaïne)

** Cocaïne = cocaïne, crack, freebase

Question: qmab041

Tableau 30:

Raison principale de la fin de la prise en charge: cause du décès, selon le problème principal (sorties 2012)

Filtre ¹	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
Total	n	%	n	%	n	%	n	%
suicide	4	9.5	0	0.0	0	-	0	0.0
accident	3	7.1	0	0.0	0	-	0	0.0
maladie	30	71.4	1	20.0	0	-	1	100.0
surdose ou intoxication aiguë	3	7.1	4	80.0	0	-	0	0.0
autre cause de décès	2	4.8	0	0.0	0	-	0	0.0
Total	42	100.0	5	100.0	0	-	1	100.0
données manquantes	27		7		0		0	

Filtre ¹	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
Hommes	n	%	n	%	n	%	n	%
suicide	3	10.3	0	0.0	0	-	0	0.0
accident	3	10.3	0	0.0	0	-	0	0.0
maladie	19	65.5	1	25.0	0	-	1	100.0
surdose ou intoxication aiguë	2	6.9	3	75.0	0	-	0	0.0
autre cause de décès	2	6.9	0	0.0	0	-	0	0.0
Total	29	100.0	4	100.0	0	-	1	100.0
données manquantes	22		4		0		0	

Filtre ¹	Alcool		Opiacés*		Cocaïne**		Cannabis	
Femmes	n	%	n	%	n	%	n	%
suicide	1	7.7	0	0.0	0	-	0	-
accident	0	0.0	0	0.0	0	-	0	-
maladie	11	84.6	0	0.0	0	-	0	-
surdose ou intoxication aiguë	1	7.7	1	100.0	0	-	0	-
autre cause de décès	0	0.0	0	0.0	0	-	0	-
Total	13	100.0	1	100.0	0	-	0	-
données manquantes	5		3		0		0	

Le problème principal est déterminé au moment de l'admission

¹ Seulement en cas de décès

* Opiacés = héroïne, méthadone, autres opiacés et cocktail (héroïne et cocaïne)

** Cocaïne = cocaïne, crack, freebase

Question: qmab044

Bibliographie

Astudillo M, Notari L, Maffli E (2013). Prise en charge ambulatoire des problèmes de dépendance - Résultats de l'enquête auprès des client-e-s 2012 – Recueil de tableaux statistiques. Lausanne: Addiction Suisse.

Babor TF, de la Fuente JR, Saunders J, Grant M (1992). AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Tests: guidelines for use in primary health care. Geneva: World Health Organization.

DG-Sucht (2001). Documentation Standards III for the evaluation of addictive treatment. Sucht 47 (Sonderheft 2).

Donmall M (2006). Guidance for the measurement of drug treatment demand. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime and the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EMCDDA (2000). Treatment Demand Indicator Standard Protocol 2.0. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EMCDDA (2012). Treatment Demand Indicator (TDI) Standard Protocol 3.0: Guidelines for reporting data on people entering drug treatment in European countries. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO (1991). The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. Br J Addict 86:1119-27.

Maffli E, Schaaf S, Delgrande Jordan M, Güttinger F (2008). Treatment of substance-related problems in Switzerland: implementing a new harmonised monitoring system. Int J Public Health 53: 31-39.

McLellan AT, Kushner H, Metzger D, et al. (1992). The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. J Subst Abuse Treat 9: 199-213.

Indication concernant les questionnaires

Les questionnaires contenant les variables de base peuvent être consultés à cette adresse:

www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00632/03290/03293/index.html?lang=fr

Impressum

© Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Editeur: Office fédéral de la santé publique

Publication: décembre 2013

Informations complémentaires :

OFSP, Santé publique, Section programmes nationaux de prévention

3003 Berne, téléphone +41 (0)31 323 87 70, fax +41 (0)31 323 87 89

Courriel : verena.maag@bag.admin.ch, www.bag.admin.ch, www.act-info.ch

Cette publication est également disponible en allemand

Auteurs : Etienne Maffli, Marina Delgrande Jordan, Susanne Schaaf,
Maria Dickson-Spillmann, Urs Künzi

Layout : Silversign, visuelle Kommunikation, Berne

Illustration : Silversign, visuelle Kommunikation, Berne

Photos: Fotolia

BAG OeG 12.13 50 d 30 f 20INT1316

Imprimé sur du papier blanchi sans chlore